

Die Einschätzung von Stärken und Schwächen
psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher
im Zusammenhang mit Merkmalen der Familie

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Dr. med.
an der Medizinischen Fakultät
der Universität Leipzig

Eingereicht von:
Anne Kässinger
geb. am 07.10.1982 in Heidelberg

Angefertigt in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Leipzig

Betreuer:
Prof. Dr. med. Kai von Klitzing
Dr. phil. Annette Klein

Beschluss über die Verleihung des Doktorgrades vom:
17.07.2012

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	V
Anlagenverzeichnis.....	VI
Abkürzungsverzeichnis	VII
Bibliografische Beschreibung.....	VIII
1. EINLEITUNG.....	1
2. THEORETISCHER HINTERGRUND	3
2.1. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	3
2.1.1. Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter.....	3
2.1.2. Externalisierende und internalisierende Symptomatik	3
2.1.3. Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen	4
2.1.4. Geschlechtsunterschiede in Prävalenzen psychischer Störungen	5
2.1.5. Psychische Störungen und die Kosten für das Gesundheitssystem	6
2.1.6. Risiko- und Schutzfaktoren psychischer Störungen.....	6
2.1.6.1. Risikofaktoren.....	7
2.1.6.2. Schutzfaktoren	7
2.1.7. Die Bedeutung von Risiko- und Schutzfaktoren.....	8
2.2. Zusammenhänge zwischen psychischen Auffälligkeiten und Verhaltensstärken von Kindern und Jugendlichen und der Familie.....	9
2.2.1. Die Familie	9
2.2.2. Die Familie und ihre Auswirkung auf die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen	10
2.2.3. Das Familienklima und der Einfluss auf die Entwicklung psychischer Störungen.....	11
2.2.3.1. Emotionaler Umgang zwischen Eltern und ihren Kindern	14
2.2.4. Familiensituation	14
2.2.5. Zusammenfassung der Risikofaktoren innerhalb der Familie	15

2.2.6.	Prosoziales Verhalten	16
2.2.6.1.	Definition prosoziales Verhalten	17
2.2.6.2.	Prosoziales Verhalten in der wissenschaftlichen Literatur	17
3.	FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN	18
4.	METHODEN.....	20
4.1.	Beschreibung der Stichprobe.....	20
4.1.1.	Merkmale der befragten Kinder und Jugendlichen	20
4.1.2.	Familien- und Wohnsituation.....	22
4.1.3.	Merkmale der Eltern.....	23
4.1.4.	Unterrichtsstunden	26
4.2.	Durchführung der Studie	26
4.2.1.	Studiendesign	26
4.2.2.	Rekrutierung der Stichprobe	27
4.3.	Untersuchungsinstrumente	28
4.3.1.	Fragebogen zur Demographie	28
4.3.2.	Fragebogen zur Familien- und Wohnsituation	28
4.3.3.	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	28
4.3.4.	Fragebogen zum Familienklima/Familienklimaskalen(FKS)	32
4.4.	Der Multiinformantenansatz	34
4.5.	Datenanalyse	35
5.	ERGEBNISSE.....	37
5.1.	Deskriptiver Teil und explorative Fragestellungen 1a und 1b	37
5.1.1.	Auswertung SDQ	37
5.1.1.1.	Mittelwerte der verschiedenen Einschätzungen	38
5.1.1.2.	Übereinstimmung der verschiedenen Informanten	39
5.1.1.3.	Die Mittelwerte als Multiinformanten-Wert.....	40
5.1.1.4.	Kategoriale Einschätzung.....	41
5.1.2.	Auswertung FKS	43
5.1.2.1.	Das Familienklima aus der Sicht der Kinder und Jugendlichen und der Eltern	44
5.1.2.2.	Die Einschätzung des Familienklimas (Multiinformanten-Wert)	44
5.1.2.3.	Korrelation der Skalen der FKS.....	45
5.1.3.	Ergebnisse Fragestellung 1a und 1b	46

5.1.3.1.	Auswertung Fragestellung 1a.....	46
5.1.3.2.	Auswertung Fragestellung 1b.....	48
5.2.	Hypothesen-testender Teil.....	50
5.2.1.	Ergebnisse Fragestellung 2	50
5.3.	Explorativer Teil: Weiter führende Analysen.....	54
5.3.1.	Weitere Zusammenhänge zwischen dem SDQ und dem Familienklima	54
5.3.2.	Zusammenhänge zwischen demographischen Daten und dem SDQ	54
6.	DISKUSSION.....	56
6.1.	Besonderheiten der Stichprobe	56
6.2.	Selbsteinschätzung versus Fremdeinschätzung.....	57
6.3.	Fragestellung 1a: Einschätzung des Familienklimas	58
6.4.	Fragestellung 1b: Geschlechtsspezifische Übereinstimmung hinsichtlich des Familienklimas.....	59
6.5.	Fragestellung 2 und Hypothesen	60
6.6.	Weiter führende Analysen	63
6.7.	Limitationen und Stärken der Studie	64
7.	AUSBLICK.....	68
8.	ZUSAMMENFASSUNG	69
9.	LITERATURVERZEICHNIS.....	72
	ANLAGEN.....	80

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung der Teilnehmer der Stichprobe	21
Abbildung 2: Psychische Störung nach Geschlecht	22
Abbildung 3: Aufenthaltsort der Kinder und Jugendlichen.....	23
Abbildung 4: Schulabschluss der Eltern	24
Abbildung 5: Beschäftigungsgrad der Eltern	25
Abbildung 6: Familienstand der Eltern.....	26
Abbildung 7: Gesamtproblemwert im SDQ, separat.....	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Verschiedene Risikofaktoren im Bereich der Familie und ihre Wirkung auf psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen	16
Tabelle 2:	Bezeichnung beim Korrelationskoeffizient (Bühl, 2008), S. 346.....	36
Tabelle 3:	Mittelwerte der Einschätzungen im SDQ, verschiedene Informanten.....	38
Tabelle 4:	Mittelwerte der Einschätzungen im SDQ, Multiinformanten, N=68	40
Tabelle 5:	Kategoriale Einschätzung anhand des SDQ, alle einzeln, in Prozent.....	42
Tabelle 6:	Einschätzung des Familienklimas, N=69 (Kind/Jugendlicher), N=70 (Eltern)	44
Tabelle 7:	Einschätzung des Familienklimas, Multiinformanten, N=74.....	45
Tabelle 8:	Korrelation der Skalen der FKS (Kind/Jugendlicher), N=69.....	45
Tabelle 9:	Korrelation der Skalen der FKS (Eltern), N=70	45
Tabelle 10:	Korrelation der Skalen der FKS, Multiinformantenansatz, N=74.....	46
Tabelle 11:	Korrelation der Eltern und ihrer Kinder bezogen auf das Familienklima, N=65	47
Tabelle 12:	t-Test für gepaarte Stichproben	47
Tabelle 13:	Einschätzung des Familienklimas, M, SD, geschlechtsspezifisch	48
Tabelle 14:	Korrelation der Eltern und ihrer Kinder bezogen auf das Familienklima, geschlechtsspezifisch.....	49
Tabelle 15:	Zusammenhänge Problembereiche (SDQ) und „Hohe Konfliktneigung“ (FKS), Multiinformanten	52
Tabelle 16:	Zusammenhänge Problembereiche (SDQ) und Berufstätigkeit der Eltern	55

Anlagenverzeichnis

Anlage 1 Erklärung über die eigenständige Abfassung der Arbeit

Anlage 2 Fragebögen

Abkürzungsverzeichnis

ADHS:	Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung
APA:	American Psychiatric Association
BELLA:	Befragung „Seelisches Wohlbefinden und Verhalten“, Modul „Psychische Gesundheit“ (KiGGS-Studie)
CBCL:	Child Behavior Checklist
DSM IV:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FKS:	Familienklimaskalen
ICD-10:	International Classification of Diseases
KiGGS:	Kunstwort für Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
RKI:	Robert Koch-Institut
SDQ:	Strengths and Difficulties Questionnaire
WHO:	World Health Organization

Bibliografische Beschreibung

Kässinger, Anne

Die Einschätzung von Stärken und Schwächen psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher im Zusammenhang mit Merkmalen der Familie

Universität Leipzig, Dissertation, September 2011

101 Seiten, 109 Literaturangaben, 7 Abbildungen, 16 Tabellen, 4 Anlagen

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Zusammenhang von Stärken und Schwächen psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher mit Merkmalen der Familie. In der Studie wurden 74 Patienten der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Leipzig ab einem Alter von acht Jahren untersucht. Dabei schätzten die Kinder und Jugendlichen ihre Stärken und Schwächen sowie das Familienklima anhand von Fragebögen (Strengths and Difficulties Questionnaire, Familienklimaskalen) selbst ein. Zudem beurteilten ihre Eltern und LehrerInnen aus ihrer Sicht die Stärken und Schwächen der Kinder und Jugendlichen. Zusätzlich wurde das Familienklima von den Eltern eingeschätzt. Die Einschätzungen der Symptomatik und des Familienklimas wurden gemäß eines Multiinformantenansatzes zusammengeführt. Die Zusammenhänge zwischen den Stärken und Schwächen der Kinder und Jugendlichen und Aspekten des Familienklimas konnten so anschließend ermittelt werden. Ziel der Studie war es, Zusammenhänge zwischen eingeschätzten Stärken und Schwächen psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher mit der Familie aufzudecken. Deskriptiv zeigte sich, dass sich die Kinder und Jugendlichen in allen Problembereichen weniger auffällig beurteilten als ihre Eltern und LehrerInnen. Die Einschätzungen der Eltern und ihrer Kinder hinsichtlich des Familienklimas waren nicht signifikant unterschiedlich. Des Weiteren konnten die Hypothesen bestätigt werden, dass ein insgesamt positives Familienklima mit einem guten prosozialem Verhalten sowie ein insgesamt negatives Familienklima mit einer hohen Problembelastung von Kindern und Jugendlichen assoziiert war. Die Aspekte „Konfliktneigung“ und „Kohäsion“ innerhalb der Familie korrelierten nur teilweise signifikant mit Subskalen des SDQ.

Zusammenfassend zeigt die Arbeit Zusammenhänge zwischen dem eingeschätzten Familienklima und Stärken und Schwächen psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher auf. Die Studie erweitert bisherige Erkenntnisse, da sie mittels der Befragung von mehreren Informanten verschiedene Perspektiven und Kontexte berücksichtigt. Durch die Einbeziehung von psychisch belasteten Kindern ab einem Alter von acht Jahren mit identischen Fragebögen wird viel Wert auf die Sicht der Kinder und Jugendlichen gelegt.

1. EINLEITUNG

Das psychische Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen in unserer Gesellschaft gewinnt im Hinblick auf ihre spätere psychische und physische Entwicklung immer mehr an Bedeutung.

Die so genannte „neue Morbidität“ besagt, dass akute körperliche Erkrankungen sich schon in der Kindheit zunehmend in Richtung chronischer seelischer Störungen verschieben können. Dem bundesweit durchgeführten Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) aus den Jahren 2003 bis 2006 zufolge steht einem Rückgang akuter somatischer Krankheiten eine Zunahme chronischer Erkrankungen (wie z.B. Adipositas und Asthma) sowie psychischer Störungen gegenüber (Ravens-Sieberer et al., 2006). Dies hat eine veränderte Aufgabenstellung hinsichtlich medizinischer Versorgung zur Folge, so dass neben der körperlichen Symptomatik zunehmend psychische Aspekte beleuchtet werden sollten (Lehmkuhl, 1996). Psychische Probleme im Kindes- und Jugendalter haben folgenreiche Auswirkungen auf das individuelle Wohlbefinden und die alltägliche und soziale Funktionsfähigkeit und können bis ins Erwachsenenalter persistieren oder in entsprechende Auffälligkeiten übergehen (Hölling et al., 2007). In Deutschland gibt es derzeit bei knapp 22% der Kinder und Jugendlichen Hinweise für psychische Auffälligkeiten, davon sind 10% bereits psychisch auffällig (BELLA-Studie; Ravens-Sieberer, 2008).

Bei der Suche nach Ursachen für psychische Störungen wird von einer Vielzahl von Faktoren ausgegangen. Neben zahlreichen Risikofaktoren für die Entwicklung von psychischen Krankheiten geht der Trend zunehmend dahin, nach Schutzfaktoren für psychische Gesundheit zu suchen. Dabei spielen die Genetik, das Individuum, die soziale und familiäre Umgebung und diverse Umwelteinflüsse eine Rolle. Viele der Risiken und Ressourcen lassen sich im Bereich der Familie finden. Das bedeutet, dass die Familie und speziell das Klima innerhalb der Familie in engem Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen gesehen werden kann.

An der vorgelegten Studie beteiligten sich Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Leipzig, also Kinder und Jugendliche, die sich aufgrund einer psychischen Störung bereits in Behandlung befinden, und ihre Familien. Mittels des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) von Goodman (1997) schätzten sich die Kinder und Jugendlichen selbst ein, ihre Eltern und ihre LehrerInnen wurden ebenfalls zu Stärken und Schwächen der Kinder und Jugendlichen befragt. Zudem wurde das subjektive Empfinden der Eltern und ihrer Kinder bezüglich des Familienklimas erfragt, um Umgangsweisen innerhalb der Familie untersuchen zu können, die sich möglicherweise auf die psychische Entwicklung auswirken.

Die durchgeführte Studie soll die wichtige Rolle der Familie im Zusammenhang mit der kindlichen und jugendlichen Gesundheit und der Entwicklung psychischer Störungen unterstreichen. Ziel ist es, durch die gewonnenen Informationen Zusammenhänge zwischen der Familie und psychischen Auffälligkeiten sowie Stärken der Kinder und Jugendlichen aufzudecken, um Ansatzpunkte hinsichtlich zukünftiger Prävention bieten zu können.

Es existieren bereits einige Studien, die diesen Zusammenhang untersucht und belegt haben. Das Besondere an der vorgelegten Studie ist, dass es sich um eine klinische Stichprobe handelt. Sowohl beim SDQ als auch bei dem Fragebogen zur Einschätzung des Familienklimas wurde ein Multiinformantenansatz umgesetzt. Es liegen damit drei verschiedene Perspektiven (Selbsteinschätzung, Eltern- und LehrerInnenbeurteilung) und zwei Kontexte (Elternhaus, Schule) bei der Betrachtung von Stärken und Schwächen vor. Bei der Einschätzung des Familienklimas werden zwei Perspektiven berücksichtigt. Zum einen die von den Kindern und Jugendlichen selbst, zum anderen die der Eltern. Frühere Studien bezogen sich überwiegend allein auf die Einschätzung der Eltern, bzw. der LehrerInnen. In den Fällen, in denen die Kinder oder Jugendlichen befragt wurden, erfolgte dies mittels Interviews oder vergleichbarer Fragebögen.

Im Folgenden wird zunächst in einem theoretischen Teil der Begriff der Psychischen Störungen allgemein erläutert und in der Literatur beschriebene Zusammenhänge psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen mit Merkmalen der Familie aufgeführt. Danach werden die Fragestellungen und Hypothesen der Studie vorgestellt. Es folgt die Beschreibung der Methoden, die die Beschreibung der Stichprobe, die Durchführung der Studie, die verwendeten Untersuchungsinstrumente, den Multiinformantenansatz und die Datenanalyse beinhaltet. Im Anschluss daran folgen der Ergebnisteil und die Diskussion. Dieses Kapitel schließt mit der Beschreibung der Limitationen und Stärken der vorliegenden Studie. Den Abschluss bildet ein kurzer Ausblick.

2. THEORETISCHER HINTERGRUND

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit der Ausprägung von Stärken und Schwächen von Patienten der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Leipzig im Zusammenhang mit Merkmalen der Familie.

Im folgenden Kapitel werden die Ätiologie und Prävalenzen psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter beschrieben. Im Anschluss daran wird auf den aktuellen Stand der Forschung in Bezug auf Zusammenhänge psychischer Auffälligkeiten und Verhaltensstärken mit Merkmalen der Familie eingegangen.

2.1. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

2.1.1. Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

Psychische Störungen können auf unterschiedliche Art und Weise eingeteilt werden. Bei der dimensional Diagnostik- oft erfasst mittels Fragebögen- wird gestörtes und normales Verhalten quantitativ voneinander unterschieden. Die Symptomatik wird dabei in externalisierende Symptome wie aggressives, delinquentes und hyperkinetisches Verhalten und internalisierende Symptome wie Ängste, affektive Probleme und somatische Symptome unterteilt. Gemäß des ICD-10 der WHO werden psychische Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend in Verhaltensstörungen (Hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens), emotionale Störungen (Trennungsängste, Phobien, soziale Ängstlichkeit) sowie kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen eingeteilt. Affektive Störungen (manische und depressive Episoden, bipolare und anhaltende affektive Störung) werden dabei nicht von derartigen Störungen im Erwachsenenalter unterschieden (<http://www.who.int>). Die APA nimmt anhand des DSM IV eine multiaxiale Einteilung psychischer Störungen vor, wobei Achse I analog des ICD-10 die Art der klinischen Störung beschreibt.

2.1.2. Externalisierende und internalisierende Symptomatik

Menschen mit externalisierender Symptomatik (Probleme im Umgang mit anderen Personen) stehen im Fokus unserer Gesellschaft. Das liegt daran, dass dieser Personenkreis durch seine Verhaltensweise oft sehr auffällig ist und überwiegend als störend empfunden wird. Zudem sind die Verhaltensweisen von Personen mit externalisierenden Symptomen verhältnismäßig stabil.

Internalisierende Symptomatik (Probleme, die nach innen gerichtet sind) werden oft nicht als Problem erkannt, da sie weniger störend, nicht sehr auffallend, variabler und weniger stabil sind. Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Symptomen kommen vergleichsweise seltener und später in Behandlung. Die Symptomatik hat oft nur episodischen Charakter und kann sich spontan zurückbilden (Campbell, 1995). Außerdem gibt es zahlreiche subklinische Fälle. Shaw et al. (1997) beschrieben, dass internalisierende Symptome schwerer als externalisierende zu diagnostizieren sind. Denner (2003) kam zu der Erkenntnis, dass internalisierende Symptome seltener erkannt werden und daher die Gefahr der Entwicklung chronischer und seelischer Störungen bergen.

Auffällig ist, dass die Komorbidität, also das gleichzeitige und gleichberechtigte Auftreten von sowohl externalisierenden als auch internalisierenden Auffälligkeiten, gehäuft vorkommt und mit zunehmendem Alter ansteigt (Hurtig et al., 2007; Kain et al., 2008; Plück et al., 2000).

Die Entwicklung psychischer Störungen hat ihren Ursprung häufig bereits in der Kindheit. Die Mannheimer Risikokinderstudie von Laucht et al. (2000), eine Längsschnittstudie mit 362 Kindern, untersuchte die verschiedenen Risiken, die ein Kind im Laufe seines Lebens erfährt (organisch, psychosozial, familiär). Risikofaktoren für externalisierende Störungen in der Kindheit waren vor allem frühe psychosoziale Belastungen der Familie und dysfunktionale Interaktionen von Mutter und Kind. Für internalisierende Störungen konnten keine eindeutigen Risikofaktoren festgestellt werden, obgleich eine organische Belastung diskutiert wurde. Weiterhin kam die Studie zu dem Ergebnis, dass sich externalisierende Störungen früher manifestieren, häufiger auftreten und eine größere Stabilität aufweisen. Internalisierende Störungen dagegen stiegen bei den bereits auffälligen Kindern mit dem Alter weiter an und entwickelten sich oftmals aus externalisierenden vorhandenen Problemen. Die Mannheimer Risikokinderstudie beschrieb einen signifikanten Anstieg der Störungsrate zwischen Kleinkind- und Vorschulalter (vgl. Campbell, 1995). Es kam zu einer Häufung externalisierender Auffälligkeiten im Vorschulalter, dann zu einer Abnahme während der Grundschulzeit bis hin zu bleibenden klinisch relevanten Fällen.

2.1.3. Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen

In einer Übersichtsarbeit von Ihle und Esser (2002), die 19 nationale und internationale Studien ausgewertet haben, lagen die 6-Monats-Prävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter bei 17.2%. In Deutschland sieht das derzeit ähnlich aus. Im Rahmen der BELLA-Studie wurde eine Gesamtprävalenz psychischer Auffälligkeiten von 10% ermittelt, wobei weitere 12% der Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten zeigen. Auf Grundlage des Strengths and Difficulties Questionnaire wurde mittels eines Algo-

rithmus die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Auffälligkeit ermittelt. Unter die insgesamt 22% fallen also diejenigen Kinder und Jugendlichen, die „wahrscheinlich und möglicherweise“ eine psychische Auffälligkeit haben. Insgesamt verhielt sich etwa jedes/r vierte bis fünfte Kind/Jugendliche in Deutschland psychisch auffällig. Bezogen auf die spezifischen Auffälligkeiten traten Ängste bei 10% der 7- bis 17-Jährigen am häufigsten auf, danach folgten Störungen des Sozialverhaltens mit 7.6% (80% bis 90% aggressiv und 50% dissozial, je nach Altersgruppe), Depressionen mit 5.4% und ADHS mit 2.2%. Bezogen auf ADHS-Symptome waren jüngere Kinder deutlich häufiger betroffen (Ravens-Sieberer et al., 2007). Auch Woerner et al. (2002) beschrieben einen Rückgang von ADHS mit zunehmendem Alter. Die Angaben über die Prävalenzen spezifischer psychischer Auffälligkeiten decken sich mit denen von Ihle und Esser (2002).

2.1.4. Geschlechtsunterschiede in Prävalenzen psychischer Störungen

Laut den Ergebnissen der KiGGS-Studie waren nach den Angaben der Eltern die Jungen ab einem Alter von drei Jahren -bezogen auf den Gesamtproblemwert im SDQ- mit 9% auffälliger als die Mädchen mit 5.3% (Hölling et al., 2007).

Psychische Störungen sind besonders in der Kindheit geschlechtsabhängig. Bei Jungen zeigen sich höhere Raten an externalisierenden Störungen, während Mädchen ein höheres Risiko haben, eine internalisierende Störung auszubilden (Denner, 2003; Plück et al., 2000; Rothenberger et al., 2008). Bei den Jungen überwiegen besonders die externalisierenden Störungen wie ADHS und Verhaltensprobleme (Campbell, 1995; Hurtig et al., 2007; Perren et al., 2006; Ravens-Sieberer et al., 2007; Schlack et al., 2007; Stadelmann, 2006; Woerner et al., 2002), bei den Mädchen kommen vor allem internalisierende Störungen wie emotionalen Probleme vermehrt vor (Hölling et al., 2007). Bei der KiGGS-Studie (Hölling et al., 2007) fanden sich nach dem Elternurteil über alle Altersgruppen signifikante Geschlechtsunterschiede zum Nachteil der Jungen in den Problembereichen „Verhaltensauffälligkeiten“ (17.6% zu 11.9%), „Hyperaktivität“ (10.8% zu 4.8%) und „Probleme mit Gleichaltrigen“ (13.1% zu 9.9%). Die Mädchen zeigen in der Subskala „Emotionale Probleme“ mit 9.7% mehr Auffälligkeiten als die Jungen (8.6%). Schon Ihle et al. (2002) fanden bei Kindern bis zu einem Alter von acht Jahren für internalisierende Störungen ein Geschlechterverhältnis von 3:1 zu Lasten der Mädchen. Bei den externalisierenden Störungen war das Verhältnis mit 5:1 umgekehrt.

Diese Geschlechtsunterschiede schienen zudem durch das Alter beeinflusst zu sein. Bei Betrachtung der Ergebnisse der KiGGS-Studie fand sich in Hinblick auf die internalisierenden Störungen in der Subskala „Emotionale Probleme“ der größte Geschlechtsunterschied

bei den 14- bis 17-Jährigen (Mädchen 10.8%, Jungen 6.6%). Die 3- bis 13-Jährigen dagegen wiesen kaum geschlechtsspezifische Unterschiede auf (Hölling et al., 2007). Die altersabhängigen und geschlechtsspezifischen Unterschiede bezogen auf emotionale Probleme bestätigte Stadelmann (2006) in einer Studie mit Kindergartenkindern. Dabei unterschieden sich die Jungen und Mädchen zwar nicht signifikant voneinander, ein Geschlechtsunterschied deutete sich in einem höheren Mittelwert der Mädchen jedoch an. Dies stimmt mit weiteren Befunden aus der Literatur überein, wonach das Geschlechterverhältnis bezüglich emotionaler Probleme ausgeglichen ist und sich erst in der Adoleszenz dahingehend wandelt, dass für Mädchen ein höheres Risiko, an Depression und Ängsten zu erkranken, besteht (Nolen-Hoeksema und Girgus, 1994; Zahn-Waxler et al., 2000).

Bis zum Erreichen der Pubertät sind Jungen demzufolge häufiger psychisch krank als Mädchen. Mit Beginn der Pubertät erfolgt eine Angleichung der Raten, wobei die Mädchen insbesondere durch die Entwicklung emotionaler Störungen aufholen (Ihle et al., 2002).

2.1.5. Psychische Störungen und die Kosten für das Gesundheitssystem

In den letzten Jahren ist die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die psychische Auffälligkeiten aufweisen, laut Angaben des Direktors des Universitätsklinikums Eppendorf, Michael Schulte-Markwort, um fünf Prozent gestiegen (Artikel Focus online, 08/10). Die hohe Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter führt langfristig zu hohen sozialen Folgekosten. Diesen Trend bestätigte auch eine Erhebung des Statistischen Bundesamtes. Demnach erhöhten sich die Ausgaben für psychische Erkrankungen in Deutschland zwischen 2002 und 2008 drastisch um 22% auf 28.7 Milliarden Euro. Psychische Störungen sind inzwischen zu einem großen Kostenfaktor für das Gesundheitssystem geworden. Nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Verdauungssystems rangieren psychische Störungen auf Platz drei unter den „Volkskrankheiten“ (Artikel Focus online, 08/10).

2.1.6. Risiko- und Schutzfaktoren psychischer Störungen

Für die Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren von Bedeutung. Risiko- und Schutzfaktoren finden sich in verschiedenen Bereichen. Dabei spielen genetische Ursachen, individuelle Eigenschaften, die soziale und familiäre Umgebung sowie diverse Umwelteinflüsse eine Rolle.

In den folgenden beiden Abschnitten werden die Fachtermini Risiko- und Schutzfaktoren näher erläutert.

2.1.6.1. Risikofaktoren

Risikofaktoren sind Einflussfaktoren, die die Wahrscheinlichkeit einer Person, gesund zu bleiben oder zu werden, verringern (Ravens-Sieberer, 2008). So sind z.B. die genetische Disposition, der Lebensstil und der sozioökonomische Status Faktoren, die die Gesundheit negativ beeinflussen können. Vor allem das gemeinsame Auftreten mehrerer Risikofaktoren beeinträchtigt laut Wille et al. (2008) die psychische Gesundheit. Das Vorliegen mehrerer Risikofaktoren geht mit einer höheren Rate psychischer Probleme einher (Ravens-Sieberer, 2008). Mehrere Studien beschreiben den Einfluss eines niedrigen sozioökonomischen Status der Familie (Armut, niedriger Bildungsabschluss der Eltern) auf die Entwicklung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Lampert und Kurth, 2007; McMunn et al., 2001; Perren et al., 2006; Ravens-Sieberer et al., 2007). Das bedeutet, je niedriger der sozioökonomische Status der Familie ist, desto höher ist das Auftreten psychischer Probleme bei den Kindern. Einige Studien finden eine starke positive Assoziation von Viktimisierung innerhalb der Peergruppe und dem Auftreten von internalisierenden und externalisierenden Störungen (Coie et al., 1990; Hanish et al., 2004; Newcomb et al., 1993; Perren et al., 2006). Aus dem Bereich der Familie können weitere Risikofaktoren identifiziert werden, die in den Kapiteln 2.2.2. bis 2.2.5. genauer aufgeführt werden.

2.1.6.2. Schutzfaktoren

Schutzfaktoren stellen Faktoren dar, die negativen Auswirkungen von Risikofaktoren abschwächen oder die Wahrscheinlichkeit erhöhen, ein positives gesundheitliches Behandlungsergebnis zu erzielen (Ravens-Sieberer, 2008). Es stellt sich also die Frage, warum Menschen trotz außergewöhnlicher Belastungen gesund bleiben. Ein wichtiger Begriff bei der Beschäftigung mit Schutzfaktoren ist die Resilienz (Masten et al., 1995). Resilienz (englisch: Resilience=Spannkraft) bedeutet die psychische Widerstandskraft und die Fähigkeit mit Belastungen umgehen zu können, ohne sich dabei selbst zu schädigen. Resilienz ist ein Persönlichkeitsmerkmal, welches nicht angeboren ist. Es bezeichnet eine Kapazität, die im Verlauf der Entwicklung durch Interaktionen mit der Umwelt erworben wird (Rutter, 2000). Resiliente Personen scheinen über Ressourcen zu verfügen, die es ihnen ermöglichen, mit Problemen positiv umzugehen. Die Einflussgrößen, die es betroffenen Kindern und Jugendlichen bei vorhandener Belastung und Risikofaktoren ermöglichen, sich dennoch gesund zu entwickeln lassen sich in personale, soziale und familiäre Ressourcen einteilen. Neben personalen Ressourcen wie Optimismus, Sozialkompetenz, Selbstvertrauen (Werner, 2000) und Kohärenzsinn (Antonovsky, 1993) tragen auch schützende Bedingungen in der Lebensumwelt eines Kindes und Jugendlichen wie z.B. stabile positive Beziehungen (Freunde, Verei-

ne) und soziale Unterstützung zur Entwicklung von Resilienz bei. Die Familie kann dabei ein Schutzfaktor sein, der psychische Störungen verhindert oder vorhandene Störungen abmildert. Die familiären Ressourcen werden in den Kapiteln 2.2.2. bis 2.2.4. näher beschrieben

2.1.7. Die Bedeutung von Risiko- und Schutzfaktoren

Bei der Identifizierung von Risiko- und Schutzfaktoren für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland haben in den letzten Jahren besonders zwei Studien eine große Rolle gespielt, welche im folgenden Abschnitt beschrieben werden.

Die KiGGS-Studie (2003-2006) des Robert Koch-Institutes mit 17 641 Teilnehmern zwischen 0 und 17 Jahren hat sich mit dem Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland und Einflüssen darauf beschäftigt. Allgemein kam die Studie zu dem Ergebnis, dass bei Kindern und Jugendlichen mit schwachen Schutzfaktoren, also Defizite in ihren personalen, sozialen oder familiären Ressourcen, bei gleichzeitigem Vorliegen von Risikofaktoren, von einem erhöhten Risiko für psychische Probleme ausgegangen werden muss (Hölling et al., 2007). Die wichtigsten Risikofaktoren in Bezug auf die kindliche psychische Gesundheit waren laut der Studie ein niedriger sozioökonomischer Status und ein ungünstiges Familienklima (Erhart et al., 2007). Von den befragten Kindern und Jugendlichen (N=7557) der KiGGS-Studie verfügten fast 80% über ausreichend personale (Kohärenzsinn, Optimismus, Selbstwirksamkeitserwartung), soziale (Unterstützung durch Gleichaltrige und Erwachsene) und familiäre (Familienklima) Ressourcen. Ressourcen schienen laut der Studie auch alters- und geschlechtsabhängig zu sein: Ältere Kinder bzw. Jugendliche berichteten über geringere familiäre, aber mehr soziale Ressourcen als Jüngere. Mädchen verfügten im Vergleich zu Jungen über mehr soziale, aber weniger personale und familiäre Ressourcen (Erhart et al., 2007).

Die BELLA-Studie („**B**efragung „**S**eelisches Woh**I**befinden und **V**erhalten“), eine Substichprobe der KiGGS-Studie inklusive einer klinischen Stichprobe der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg, bestand aus 2863 Familien mit Kindern und Jugendlichen zwischen 7 und 17 Jahren. Die BELLA-Studie, durchgeführt von einer Forschungsgruppe des RKI unter der Studienleitung von Frau Prof. Dr. Ravens-Sieberer, hatte als Zielsetzung die Erfassung des psychischen und subjektiv erlebten Gesundheitszustandes sowie der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland und die Identifizierung von Risiko- und Schutzfaktoren. Eine zentrale Aussage der Studie war die Feststellung, dass mit steigender Anzahl an verfügbaren hohen Ressourcen der Anteil psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher sinkt (Ravens-Sieberer, 2008). Die familiäre Schutzfaktoren

wirkten sich dabei am stärksten auf die psychische Gesundheit aus (Ravens-Sieberer et al., 2006).

2.2. Zusammenhänge zwischen psychischen Auffälligkeiten und Verhaltensstärken von Kindern und Jugendlichen und der Familie

In diesem Kapitel wird zunächst der Begriff der Familie eingeführt und anschließend der Einfluss der Familie auf die Entwicklung und die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beschrieben.

2.2.1. Die Familie

Die Familie stellt ein System dar, das sich aus allen Mitgliedern sowie deren Interaktionen zusammensetzt (Rennert, 1990, S.27). Sie gilt als primäre Sozialisationsinstanz und als Ort der Vermittlung von Wertvorstellungen und Einstellungen, die den Charakter eines Kindes prägen. Der Sozialisationsprozess von Kindern kann als zentraler Gesichtspunkt des familiären Zusammenlebens gesehen werden, wobei das elterliche Erziehungsverhalten durch eigene Erfahrungen maßgeblich geprägt wird (Ratzke et al., 2003). In der frühen Kindheit bildet die Familie den zentralen Entwicklungskontext der kindlichen Sozialentwicklung. Im Laufe der Kindheit kommen zunehmend Einflüsse außerhalb der Familie hinzu (Reichle und Gloger-Tippelt, 2007). Der Einfluss der Familie bleibt jedoch bestimmend und als „Eckpfeiler der Persönlichkeitsentwicklung“ lange Zeit nachweisbar (Schneewind, 1999). Die Sozialentwicklung von Kindern bis in das frühe Grundschulalter ist das Ergebnis des Zusammenwirkens von Merkmalen der beteiligten Instanzen (Familienmitglieder, soziales und gesellschaftliches Umfeld) und unterschiedlichen Varianten des Bindungsverhaltens, des Erziehungsstiles und der Qualität der elterlichen Partnerschaft (Reichle und Gloger-Tippelt, 2007). Angelehnt an Schwarz et al. (2008) lässt sich der Einfluss der Familie auf die Gesundheit des Individuums in zwei verschiedene Bereiche unterteilen. Einerseits spielt die Familie in der Kindheit eine wichtige Rolle, da sie Einfluss auf die gesamte Entwicklung und spätere Gesundheit des Heranwachsenden nimmt. Andererseits kann die Familie im Erwachsenenalter auf positive oder negative Weise intervenieren. Sie kann als Ort des Rückzugs dienen, Stresssituationen abfangen oder Stress verursachen. Das Nicht-Funktionieren oder der Verlust familiärer Strukturen können für den Einzelnen Belastungen mit sich bringen, ebenso können Stresssituationen durch Belastungen der Familie von außen entstehen.

Die Entwicklung im frühen Alter beeinflusst die physischen, sozialen und kognitiven Kompetenzen wie Sprache und Emotion, die wichtige Voraussetzungen für die soziale Gesellschaft, die Lernfähigkeit und die Gesundheit eines Kindes darstellen (Schwarz et al., 2008).

2.2.2. Die Familie und ihre Auswirkung auf die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen

Im folgenden Abschnitt werden einige Studien vorgestellt, die den Einfluss der Familie auf die Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen aufzeigen.

In der bereits erwähnten BELLA-Studie wurde bei der Identifizierung von beeinflussenden Faktoren auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gezeigt, dass sowohl bei den Risikofaktoren als auch bei den Schutzfaktoren die Familie eine wichtige Rolle einnimmt. So wurden Familienkonflikte als bedeutsame Risikofaktoren beschrieben. Gleichzeitig wurde gezeigt, dass familiäre Schutzfaktoren wie ein gutes Familienklima und elterliche Unterstützung wichtiger als soziale (Unterstützung durch Gleichaltrige) oder personale (Selbstwirksamkeit, Optimismus) Ressourcen sind (Erhart et al., 2007; Ravens-Sieberer, 2008).

Bei Vorhandensein von familiären Schutzfaktoren bestanden psychische Probleme von Kindern und Jugendlichen in deutlich geringerem Ausmaß, wogegen sich Risiken im Bereich der Familie besonders stark auswirkten (Ravens-Sieberer, 2008). Auch Gamezy (1985) kam zu dem Ergebnis, dass die Familie einen protektiven Schlüsselfaktor für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen darstellt. Als weitere Schutzfaktoren wurden das außerfamiliäre soziale Umfeld und die genetische Disposition genannt. Youngblade et al. (2007) bestätigt den großen Einfluss des familiären Umfeldes auf die psychische Entwicklung des Kindes und Jugendlichen in einer Studie mit 42 305 11- bis 17-Jährigen. Vielfältige positive Familiencharakteristika wie z.B. Nähe und Kommunikation innerhalb der Familie führten zu sozialer Kompetenz im Erwachsenenalter, zu mehr Selbstbewusstsein sowie zu weniger externalisierenden und internalisierenden Problemen. Wamboldt und Wamboldt (2000) kamen anhand eines Überblickes von mehrheitlich Längsschnitt-Studien ab 1998 zu dem Ergebnis, dass die Familie Probleme verursachen kann, in vielen Fällen die Probleme, die Familien haben, aber eine Reaktion auf die Probleme der Kinder darstellen. Die Richtung des Zusammenhanges lässt sich jedoch nur bei längsschnittlichen Studien klären.

2.2.3. Das Familienklima und der Einfluss auf die Entwicklung psychischer Störungen

Das Familienklima gilt laut Meyer-Probst und Reis (1999) als Maß für das Wohlbefinden in der Familie. Das Familienklima schlage sich als Bindungserfahrung in der Persönlichkeitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen nieder.

Ein gutes Familienklima kann dazu beitragen, psychische Störungen der Kinder und Jugendlichen zu reduzieren oder sogar zu vermeiden. Umgekehrt bestätigten mehrere Studien den Einfluss eines ungünstigen Familienklimas auf die Entwicklung psychischer Störungen, bzw. Gefährdung der psychischen Gesundheit.

Das Familienklima galt in der BELLA-Studie als Risiko- und zugleich als Schutzfaktor („Die Familie birgt nicht nur Risiko, sondern auch Ressourcen“, Ravens-Sieberger, 2008, S.27). Ein gutes Familienklima wirkte sich hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten protektiv und zudem sehr positiv auf das allgemeine Wohlbefinden aus. Folgende durch Zahlen belegte Ergebnisse der Studie bestätigen, dass eine Familie mit einem guten Familienklima einen zentralen Schlüssel zur psychischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen darstellt (Ravens-Sieberger, 2008): Ein gutes Familienklima halbiert das Risiko eines Kindes oder Jugendlichen depressiv zu sein oder an einer Angststörung zu leiden. Das Risiko, Störungen des Sozialverhaltens zu entwickeln, liegt bei einem guten Familienklima bei nur etwa einem Viertel.

Hinsichtlich des Familienklimas existiert eine Vielzahl von Faktoren, die beurteilt werden können. So ist es beispielsweise relevant, inwieweit ein familiärer Zusammenhalt besteht, wie offen die Familie in der Äußerung von Meinungen und im Ausdruck von Gefühlen ist, ob Konflikte häufig sind und wie diese im Falle ihres Auftretens gelöst werden.

Im Folgenden werden die Begriffe „Konfliktneigung“ und „Kohäsion“ als Aspekte des Familienklimas erläutert und anschließend Studien vorgestellt, die einen Zusammenhang des Klimas innerhalb der Familie und psychischen Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen belegen. Dabei wurde der Schwerpunkt, wie in der vorliegenden Studie, auf die Aspekte „Kohäsion“ und „Konfliktneigung“, die in engem Zusammenhang miteinander stehen, gelegt. Auch der Aspekt „Offenheit“ schien eine wichtige Rolle in der Entwicklung psychischer Auffälligkeiten zu spielen.

Der Aspekt „Kohäsion“ beschreibt den Zusammenhalt innerhalb der Familie. Ein guter familiärer Zusammenhalt ist dann vorhanden, wenn z.B. in der Familie jeder auf die Sorgen des anderen eingeht, das Gefühl vorhanden ist, dass ihm zugehört wird und die Familie häufig etwas gemeinsam unternimmt (Ravens-Sieberger et al., 2006). Cox und Brooks-Gunn (1999) beschrieben Kohäsion als eine Quelle der Resilienz. Das bedeutet, dass ein guter Zusammenhalt innerhalb der Familie einen Schutzfaktor für die Entwicklung von Krankheiten dar-

stellen kann, auch wenn andere Umstände ungünstig sind. Gamezy (1985) beschrieb das familiäre Milieu wie z.B. Kohäsion und Wärme als protektiven Faktor. Laut Lucia und Breslau (2006) ist Kohäsion ein Schlüsselbereich des sozialen familiären Umfeldes im Zusammenhang mit kindlichen Verhaltensproblemen. In einer Längsschnittstudie mit Kindern in einem Alter von sechs und elf Jahren ist eine Assoziation von der Kohäsion innerhalb der Familie mit sowohl externalisierenden als auch internalisierenden Störungen zu finden.

Der Aspekt „Konfliktneigung“ enthält folgende Überlegungen: Gibt es häufig Konflikte innerhalb der Familie? Wird über Konflikte gesprochen? Wie werden Konflikte gelöst? Wie schätzen die Familienmitglieder Konfliktneigung und Konfliktlösung ein?

In der Literatur werden Konflikte innerhalb der Familie als besonderer Belastungsfaktor für das Kind diskutiert. Familiäre Konflikte gehen oftmals mit einem erhöhten Ausmaß an internalisierenden und externalisierenden Problemen bei den Kindern einher. Die Ursache von Verhaltensstörungen kann in problematischen Beziehungen innerhalb Konflikt-Familien gefunden werden, wie es bei Cox und Brooks-Gunn (1999) beschrieben wurde. Formoso et al. (2000) waren der Ansicht, dass in konfliktbehafteten Familien die elterliche Bindung und Kontrolle einen Schutzfaktor für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten bei Mädchen darstellt, wohingegen dieselben Faktoren bei Jungen als Risikofaktoren gewertet werden. Kritik der Eltern stand nach Angaben von Wamboldt und Wamboldt (2000) mit einem schlechten Behandlungserfolg vieler gesundheitlicher Probleme und psychischer Auffälligkeiten in der Kindheit in Zusammenhang. Die BELLA-Studie kam zu dem Ergebnis, dass bei Konflikten innerhalb der Familie das Risiko dieses Kindes, psychisch gestört zu sein, ungefähr fünfmal höher ist als bei einem Kind, welches in einem konfliktärmeren familiären Umfeld lebt (Ravens-Sieberer, 2008).

In einer Studie von George et al. (2006) wurden 362 Kinder in einem Alter von sechs bis zwölf Jahren in Bezug auf das Familienklima und ihre Schwächen untersucht. Die Studie kam zu folgenden Ergebnissen: Ein insgesamt belastetes Familienklima, welches sich in hoher Konfliktneigung und wenig Kohäsion widerspiegelte, war positiv assoziiert mit Verhaltensproblemen und Depressionen der Kinder. Eine signifikante Assoziation zu ADHS-Symptomen konnte dagegen nicht gefunden werden.

Georgiou und Stavrinos (2008) untersuchten den Zusammenhang von verhaltensgestörten Kindern mit ihrer familiären Umgebung. Sie fanden, dass die Familien dieser Kinder weniger kohäsiv, konfliktreicher und schlechter organisiert sind. Slee (1996) verglich das familiäre Umfeld von verhaltensgestörten Kindern mit dem von psychisch unauffälligen Kindern. Das Familienklima wurde von den Eltern der psychisch auffälligen Kinder als weniger kohäsiv, weniger offen, aber konfliktreicher eingeschätzt.

Halpern (2004) fand in einer Studie mit Kindern zwischen drei und sechs Jahren zwar auch einen negativen Zusammenhang von Offenheit und Kohäsion innerhalb der Familie mit kindlichen Auffälligkeiten, eine hohe Konfliktneigung war jedoch im Rahmen dieser Studie nicht mit kindlichen Auffälligkeiten assoziiert.

Wie beschrieben, gibt es eine positive Assoziation zwischen niedriger Kohäsion und hoher Konfliktneigung innerhalb der Familie mit psychischen Störungen der Kinder in dieser Familie. In der Literatur finden sich häufig auch Zusammenhänge zwischen den Familienklimaaspekten „Kohäsion“ und „Konflikt(neigung)“ und spezifischen Symptomen. In einer Studie von McKeown et al. (1997) mit N=3191 lag der Schwerpunkt auf der depressiven Symptomatik von Kindern und Jugendlichen, die mit Hilfe eines Fragebogens ermittelt wurde. Hohe Depressions-Scores waren mit niedriger Kohäsion assoziiert (vgl. Lau und Kwok, 2000). Familien, in denen Kinder an Depressionen leiden, neigten laut Garber und Horowitz (2002) zu einem hohen Maß an Kontrolle. Weiter beschrieben sie die Familien als konflikthafter, weniger kohäsiv, offen, kommunikativ und affektiv (vgl. Belardinelli et al., 2007; Ogburn et al., 2010).

Die aufgeführten Studien haben gezeigt, dass sich ein guter Zusammenhalt innerhalb der Familie positiv und ein hohes Konfliktlevel negativ auf die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen auswirken kann.

Ein guter Zusammenhalt kann sich auch positiv auf die physische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auswirken. Diese Beobachtung machte Niederhofer (2006) in einer Studie, in der er Kinder mit einer Behinderung und deren Familien untersuchte. Speziell bei behinderten Kindern und deren Familien war ein guter Zusammenhalt innerhalb der Familie sehr wichtig. Ein guter Zusammenhalt reduzierte die Symptome der Kinder signifikant und hatte einen positiven Effekt auf Familieneigenschaften.

Bei den bisher vorgestellten Studien wurde das Familienklima meist nur aus der Sicht der Eltern eingeschätzt. Lediglich eine Studie liegt vor, in der die Kohäsion und Konfliktneigung innerhalb der Familie von Eltern und ihren Kindern anhand der Familienklimaskalen von Schneewind et al. (1985) eingeschätzt und miteinander verglichen wurde. Die Teilnehmer dieser Studie waren im Unterschied zu den anderen Studien mit einem Alter ab 18 Jahren bereits erwachsen. So beschrieb Murphy (2002) bei 372 Eltern und ihren Kindern die Übereinstimmung in der Beurteilung des Familienklimas bezüglich der Subskalen „Kohäsion“ und „Konfliktneigung“. Die Antwortmöglichkeiten beschränkten sich in dieser Studie auf „richtig“ oder „falsch“. Der Aspekt „Kohäsion“ wurde von den Eltern im Mittel signifikant höher bewertet als von ihren volljährigen Kindern. In der Subskala „Konfliktneigung“ fanden sich keine

signifikanten Unterschiede zwischen den Eltern und ihren Kindern. Weibliche Studenten beschrieben das Familienklima kohäsiver als männliche.

2.2.3.1. *Emotionaler Umgang zwischen Eltern und ihren Kindern*

Eine Studie von Winkler Metzke und Steinhausen (1999) untersuchte Faktoren wie Wärme, Unterstützung, Ablehnung und Kontrolle der Eltern im Umgang mit ihren Kindern. Die genannten Autoren fanden Zusammenhänge dieser Faktoren mit psychischen Störungen und kamen zu dem Ergebnis, dass Wärme und Unterstützung der Eltern vor allem bei den Mädchen negativ mit internalisierenden und externalisierenden Störungen korrelierte und einen allgemein kompensatorischen Faktor für psychische Gesundheit darstellte. Ablehnung der Eltern hingegen wies positive Zusammenhänge mit externalisierenden und internalisierenden Störungen auf und stellte zusammen mit psychischem Druck und Kontrolle der Eltern einen allgemeinen Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen der Kinder dar. Regeln innerhalb der Familie und Kontrolle der Eltern hatten einen protektiven Effekt auf die Entstehung von internalisierenden Störungen.

Laut einer Studie von Stadelmann (2006) mit 168 fünfjährigen Kindern schien das emotionale Familienklima auf die Entwicklung von Jungen und Mädchen in Bezug auf Verhaltensprobleme und ADHS gleichermaßen Einfluss genommen zu haben. Das Familienklima erwies sich dabei jedoch als stärkerer Prädiktor für die emotionalen Probleme der Mädchen als für die der Jungen. Weitere unterschiedliche geschlechtsspezifische Auswirkungen des Familienklimas wurden in der Literatur nicht gefunden.

2.2.4. Familiensituation

Für die Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren aus unterschiedlichen Bereichen von Bedeutung. Auf die Familiensituation bezogen, stellt z.B. das Leben in einer nicht intakten Familie einen Risikofaktor dar. Andererseits wirkt sich eine sehr große Familie als Schutzfaktor aus (Hurtig et al., 2005). Weitere Risikofaktoren der Entwicklung psychischer Gesundheit sind laut Ford et al. (2007) das Zusammenleben mit nur einem Elternteil (siehe auch Gunther et al., 2003; Jenkins et al., 2003, von Maurice, 2004) und das Leben in einer Patchwork-Familie. Kinder aus Patchwork-Familien haben mit mehr als 60% größerer Wahrscheinlichkeit einen hohen Gesamtproblemwert im SDQ als Kinder aus Familien mit zwei leiblichen Eltern (McMunn et al., 2001).

Mehrere Studien belegten zudem, dass ein niedriger sozioökonomischer Status der Familie (Armut, niedriger Bildungsabschluss der Eltern) einen Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen darstellt (Lampert und Kurth, 2007; McMunn et al., 2001; Perren et al., 2006; Ravens-Sieberger et al., 2007). Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozialen Status wiesen bei der Betrachtung des Gesamtproblemwertes im SDQ ein höheres Risiko für psychische Probleme auf als Kinder aus Familien, bei denen das nicht der Fall war (Hölling et al., 2007). Dabei war in der KiGGS-Studie der Anteil an insgesamt psychisch auffällig eingeschätzten Kindern aus Familien mit geringem Einkommen mit 12.2% mehr als dreimal so hoch als bei Kindern aus Familien mit einem hohen sozialen Status (3.5%). Bezogen auf die Bereiche „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Probleme mit Gleichaltrigen“ und „Hyperaktivität“ waren die Anteile mindestens doppelt so hoch (Hölling et al., 2007).

Bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischem Status kumulieren oft verschiedene Gesundheitsrisiken. In der KiGGS-Studie wurde ein Zusammenhang des Sozialstatus mit der Vollständigkeit der Familie nachgewiesen. Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status wiesen zudem häufiger Defizite in ihren personalen, sozialen und familiären Ressourcen wie z.B. einen schlechten familiären Zusammenhalt auf (Erhart et al., 2007). Stadelmann (2006) beschrieb, dass Kinder, deren Eltern wenig gebildet waren, ein signifikant höheres Ausmaß an hyperaktiven Symptomen (vgl. Woerner et al., 2004) und mehr emotionale Probleme aufwiesen als Kinder mit hoch gebildeten Eltern.

Ein niedriges Familieneinkommen kann für die Zukunft der Kinder und Jugendlichen eine tragende Rolle spielen. Es schwächt nicht nur die kognitive Entwicklung, sondern schränkt auch die Chancen auf eine höhere Ausbildung ein und bringt somit eine zukünftige soziale Benachteiligung mit sich. Ein niedriger sozioökonomischer Status der Familie muss aber nicht generell zu einer größeren Krankheitshäufigkeit führen. Wie Kinder und Jugendliche mit Armut umgehen und welche Auswirkungen sie dadurch erleiden, hängt entscheidend davon ab, welche Ressourcen (z.B. Unterstützung und Rückhalt) sie erfahren (vgl. Resilienz Kapitel 2.1.6.2.).

2.2.5. Zusammenfassung der Risikofaktoren innerhalb der Familie

Die BELLA-Studie als das Modul „Psychische Gesundheit“ der KiGGS-Studie prüfte an 2863 Familien mit Kindern zwischen 7 und 17 Jahren familiäre Risikofaktoren. In Tabelle 1 findet sich, angelehnt an einen Vortrag von Ravens-Sieberger (2008), eine modifizierte Auflistung der familiären Risikofaktoren sowie eine Prozentzahl, in wie viel Prozent der Fälle diese vor-

liegen und die entsprechende Odds Ratio. Die Odds Ratio gibt die Stärke des Zusammenhanges an. Das bedeutet in diesem Fall, um wie viel Mal das Risiko von Kindern und Jugendlichen, bei denen ein Risikofaktor vorliegt, erhöht ist, dass eine psychische Auffälligkeit besteht.

Tabelle 1: Verschiedene Risikofaktoren im Bereich der Familie und ihre Wirkung auf psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen

Risikofaktor	Liegt vor (%)	Odds Ratio
Familienkonflikte	6	4.9
Elterliche Belastung	10	4.7
Geringe psychische Lebensqualität	10	4.2
Partnerschaft der Erziehenden	8	2.7
Psychische Erkrankung eines Elternteils	13	2.4
Stieffamilie	9	2.4
Allein erziehende Eltern	13	2.1
Arbeitslosigkeit der Eltern	11	1.7
Niedriger sozioökonomischer Status	25	1.6

Die familiären Determinanten wie Familienkonflikte waren diejenigen Faktoren, die besonders stark wirkten. Diese traten nicht besonders häufig auf, doch im Falle ihres Auftretens zeigten sie große Wirkung. Andere Risikofaktoren wie ein niedriger sozioökonomischer Status waren sehr viel häufiger zu finden. Sie zeigten aber im Vergleich zu den weniger häufig vorkommenden Risikofaktoren eine nicht so hohe Wirkung.

2.2.6. Prosoziales Verhalten

Die hier vorgestellte Fragebogenstudie legt besonderen Wert darauf, mehr über Zusammenhänge von Stärken der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familie, insbesondere des Familienklimas darzustellen. Der Aspekt Stärke spiegelt sich im SDQ durch die Subskala „Prosoziales Verhalten“ wider. Daher wird im Folgenden der Begriff prosoziales Verhalten näher erläutert und Zusammenhänge mit Familienmerkmalen beschrieben.

2.2.6.1. Definition prosoziales Verhalten

Der Begriff prosoziales Verhalten wird als Gegenteil zum antisozialen Verhalten (Aggression und Gewalt) verwendet. In der Definition von Bierhoff (2003) wird mit einer prosozialen Handlung beabsichtigt, die Situation eines Hilfeempfängers zu verbessern. Der Handelnde zieht seine Motivation nicht aus der Erfüllung beruflicher Verpflichtungen und der Empfänger ist eine Person und keine Organisation. Im Allgemeinen kann prosoziales Verhalten aus dem übergeordneten Ziel resultieren, sich selbst zu nützen (egoistisch motiviertes Verhalten). Oder es ergibt sich aus dem übergeordneten Ziel, einer anderen Person zu nützen (altruistisch motiviertes Verhalten).

2.2.6.2. Prosoziales Verhalten in der wissenschaftlichen Literatur

Die KiGGS-Studie kam zu dem Ergebnis, dass 89% der untersuchten Kinder und Jugendlichen einer Normalpopulation über ein adäquates prosoziales Verhalten verfügten (Kurth, 2006). Jungen wiesen angelehnt an Hölling et al. (2007) über alle Altersgruppen hinweg deutlich häufiger Defizite im prosozialen Verhalten auf als Mädchen. Situ et al. (2010) zeigten in einer Studie mit Zwillingen (N=147) in einem Alter von 6 bis 16 Jahren einen positiven Zusammenhang zwischen der Kohäsion in der Familie und prosozialem Verhalten auf. Die Eltern schätzten die Mädchen als prosozialer ein als die Jungen. Die Studien von Ma (2003ab) beschäftigten sich intensiv mit altruistischem Verhalten chinesischer Grundschüler und kamen zu dem Ergebnis, dass selbstlose Orientierung in direkter Verbindung mit einem positiven sozialen Familienumfeld sowie dem positiven Einfluss der Peer-Gruppe stand. Ein gutes familiäres Umfeld war positiv mit prosozialem Verhalten und negativ mit delinquentem Verhalten assoziiert. Außerdem gab es eine positive Assoziation von prosozialem Verhalten mit beruflichem Erfolg, dem sozialem Umfeld im Klassenzimmer, positivem Einfluss und prosozialem Verhalten der Peer-Gruppe sowie eine negative Assoziation mit straffälligem Verhalten. Die Verhaltensstärke „Prosoziales Verhalten“ korrelierte laut Stadelmann et al. (2007) negativ mit den Bereichen „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“ sowie „Emotionale Probleme“ im SDQ. Es zeigte sich dagegen kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Subskala „Prosoziales Verhalten“ der Kinder und einem Faktor der Familie (Klima, Umfeld).

3. FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN

In den vorausgegangenen Kapiteln wurden Zusammenhänge zwischen psychischen Auffälligkeiten sowie prosozialem Verhalten von Kindern und Jugendlichen und dem Klima innerhalb der Familie erarbeitet. Bisherige Studien kamen zu dem Ergebnis, dass sich ein positives Familienklima positiv auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auswirken kann. Im Gegensatz dazu könne sich ein belastetes familiäres System negativ auf die kindliche und jugendliche Entwicklung auswirken und das Auftreten von psychischen Auffälligkeiten begünstigen. Ein schlechter Zusammenhalt innerhalb der Familie und eine hohe Konfliktneigung sind mit externalisierenden und internalisierenden Störungen der Kinder und Jugendlichen assoziiert.

Obwohl es bereits Studien über psychische Störungen im Zusammenhang mit der Familie gibt, fehlen noch bedeutsame Erkenntnisse, die die kindliche oder jugendliche Sichtweise mit einbeziehen. Meistens schätzten nur die Eltern die psychischen Probleme und Stärken der Kinder und Jugendliche ein. Auch das Familienklima wurde jeweils einseitig aus der Sicht der Eltern, bzw. eines Elternteiles, eingeschätzt. Bei einigen Studien bestand die Stichprobe nur aus Kindern, bzw. besaß einen niedrigeren Altersdurchschnitt als die Teilnehmer der vorliegenden Studie. Außerdem hat die Mehrheit der vorgestellten Studien eine Normalpopulation untersucht oder zwei Stichproben miteinander verglichen.

Die Besonderheit der vorliegenden Studie liegt darin, dass es sich hier um eine rein klinische Stichprobe handelt, bei der sich die in psychiatrischer Behandlung befindlichen Kinder und Jugendlichen bezüglich ihrer Stärken und Schwächen selbst einschätzten. Die Einschätzungen wurden zusammen mit denen der Eltern und der LehrerInnen zu einem Multiinformanten-Wert integriert. Zudem schätzten die Kinder und Jugendlichen zusätzlich zu den Eltern das Familienklima ein. Die damit erfassten verschiedenen Perspektiven eröffnen die Möglichkeit, sowohl die verschiedenen Blickwinkel gegenüber zu stellen, als auch Zusammenhänge zwischen Familienklima und der kindlichen bzw. jugendlichen Entwicklung besser zu verstehen.

Es ergaben sich folgende Fragestellungen: Die Fragestellungen 1a und 1b wurden explorativ untersucht, da dafür nicht genügend empirische Basis vorliegt.

- 1a. In wie weit und in welchen Aspekten stimmen die Kinder und Jugendlichen mit ihren Eltern in der Beurteilung des Familienklimas überein?**
- 1b. Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede in der Übereinstimmung? Stimmen die Eltern tendenziell besser mit ihren Söhnen oder Töchtern überein?**

Entsprechend der Literatur, die einen Zusammenhang von Stärken und Schwächen von Kindern und Jugendlichen mit der Familie und speziell dem Klima innerhalb der Familie beschreibt, werden weiterhin folgende Fragestellung und Hypothesen aufgestellt:

- 2. In welchem Zusammenhang stehen Stärken und Schwächen (ermittelt anhand des SDQ) der psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen mit dem Familienklima insgesamt, wie auch mit einzelnen Aspekten des Familienklimas (Kohäsion, Konfliktneigung, Offenheit)?**

Hypothese 1: Es gibt Zusammenhänge zwischen Stärken und Schwächen und dem Familienklima insgesamt, sowie einzelnen Aspekten des Familienklimas.

Hypothese 1a: Ein insgesamt positives Familienklima ist assoziiert mit einem guten „Prosozialem Verhalten“ der Kinder und Jugendlichen.

Hypothese 1b: Ein insgesamt negatives Familienklima ist assoziiert mit einem hohen Gesamtproblemwert im SDQ.

Hypothese 1c: „Hohe Kohäsion“ innerhalb der Familie ist negativ assoziiert mit „Verhaltensproblemen“, „Hyperaktivität“ und „Problemen mit Gleichaltrigen“.

Hypothese 1d: „Hohe Konfliktneigung“ innerhalb der Familie ist positiv assoziiert mit allen Problembereichen im SDQ sowie dem Gesamtproblemwert.

Die Aspekte „Kohäsion“, „Konfliktneigung“ und „Offenheit“ des Familienklimas, besonders „Kohäsion“ und „Konfliktneigung“, stehen miteinander in Zusammenhang. In Anlehnung an Lucia und Breslau (2006), die eine negative Korrelation zwischen den Aspekten „Kohäsion“ und „Konfliktneigung“ innerhalb der Familie fanden, wird folgende Hypothese aufgestellt.

Hypothese 2: „Niedrige Kohäsion“ innerhalb der Familie ist positiv mit „Hoher Konfliktneigung“ assoziiert.

4. METHODEN

In den folgenden Kapiteln wird zunächst die Stichprobe anhand der erfassten Merkmale beschrieben und auf die Durchführung der Studie eingegangen. Die Beschreibung der Stichprobe enthält außerdem die ausführlichen Darstellungen der Familien- und Wohnsituation der Kinder und Jugendlichen sowie persönliche Merkmale der Eltern. Diese Informationen beziehen sich auf Angaben zur Demographie sowie der Familien- und Wohnsituation und werden bei der Vorstellung der Erhebungsinstrumente im Anschluss erläutert. Am Ende schließt sich die Beschreibung des Multiinformantenansatzes und der Datenanalyse an.

4.1. Beschreibung der Stichprobe

Als Einschlusskriterien der durchgeführten Studie galten ein Lebensalter ab acht Jahren sowie das Kriterium der stationären oder ambulanten (Tagesklinik) Behandlung der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Leipzig.

4.1.1. Merkmale der befragten Kinder und Jugendlichen

Bei der durchgeführten Studie handelt es sich um eine klinische Stichprobe von 74 Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 20 Jahren, davon waren 32 (43.2%) weiblichen und 42 (56.8%) männlichen Geschlechts.

Die Kinder und Jugendlichen waren im Durchschnitt 13.38 Jahre alt ($SD=2.54$). Die Mädchen der Stichprobe waren durchschnittlich 14.25 Jahre alt ($SD=2.53$) mit einer Altersspanne von neun bis 20 Jahren. Das Durchschnittsalter der Jungen betrug 12.71 Jahre ($SD=2.37$) bei einer Altersspanne von 8 bis 17 Jahren. Um die Befragten in Kinder und Jugendliche zu unterteilen, wurden zwei Alterskategorien festgelegt. Als Kind galt jeder, der zum Zeitpunkt der Befragung unter 14 Jahre alt war. Als Jugendlicher wurden diejenigen Probanden bezeichnet, die zum Zeitpunkt der Befragung 14 Jahre oder älter waren. Auf Grundlage dieser Einteilung nahmen an der Befragung 39 Kinder (52.7%) und 35 Jugendliche (47.3%) teil. Der Anteil der weiblichen Jugendlichen war mit 62.5% höher als der Anteil der männlichen Jugendlichen (35.7%).

Die absoluten Häufigkeiten der Altersverteilung der Teilnehmer der Stichprobe sind in Abbildung 1 dargestellt.

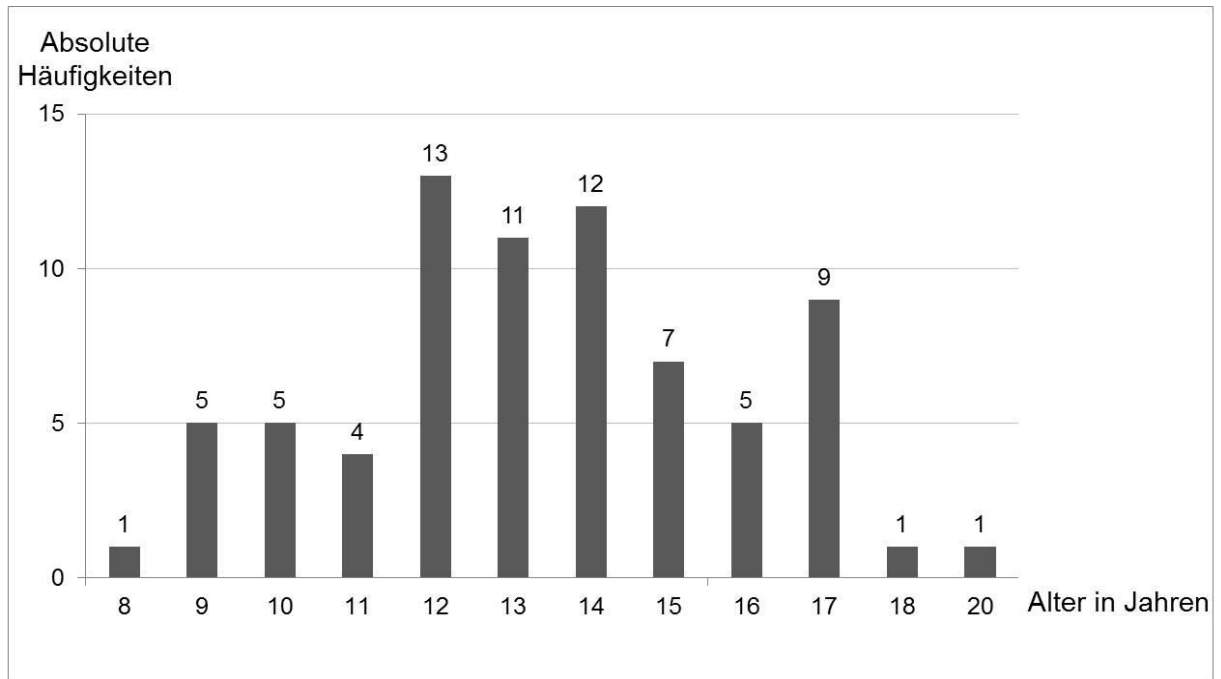


Abbildung 1: Altersverteilung der Teilnehmer der Stichprobe

Die psychischen Störungen der Kinder und Jugendlichen wurden anhand der ärztlichen Diagnose mittels der Hauptachse der klinischen Diagnose laut DSM IV in externalisierende (24.3%), internalisierende (44.6%) und gemischte Störungen eingeteilt (31.1%). Davon waren 64.9% Probanden medikamentös eingestellt. Die internalisierenden Störungen (affektiven Störungen, Anpassungsstörungen mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen) waren mit 44.6% und damit 33 Kindern oder Jugendlichen am häufigsten vertreten. Darauf folgten die gemischten Störungen (Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen) mit 31.1% (23 Befragte). 24.3% der Kinder und Jugendlichen hatten eine externalisierende Störung (Störung des Sozialverhaltens mit oder ohne Hyperaktivität). Das entspricht einer absoluten Zahl von 18 Kindern oder Jugendlichen.

Die geschlechtsspezifische Verteilung der psychischen Störungen entspricht weitgehend den Angaben der Literatur (siehe Kapitel 2.1.4.) und ist in Abbildung 2 dargestellt.

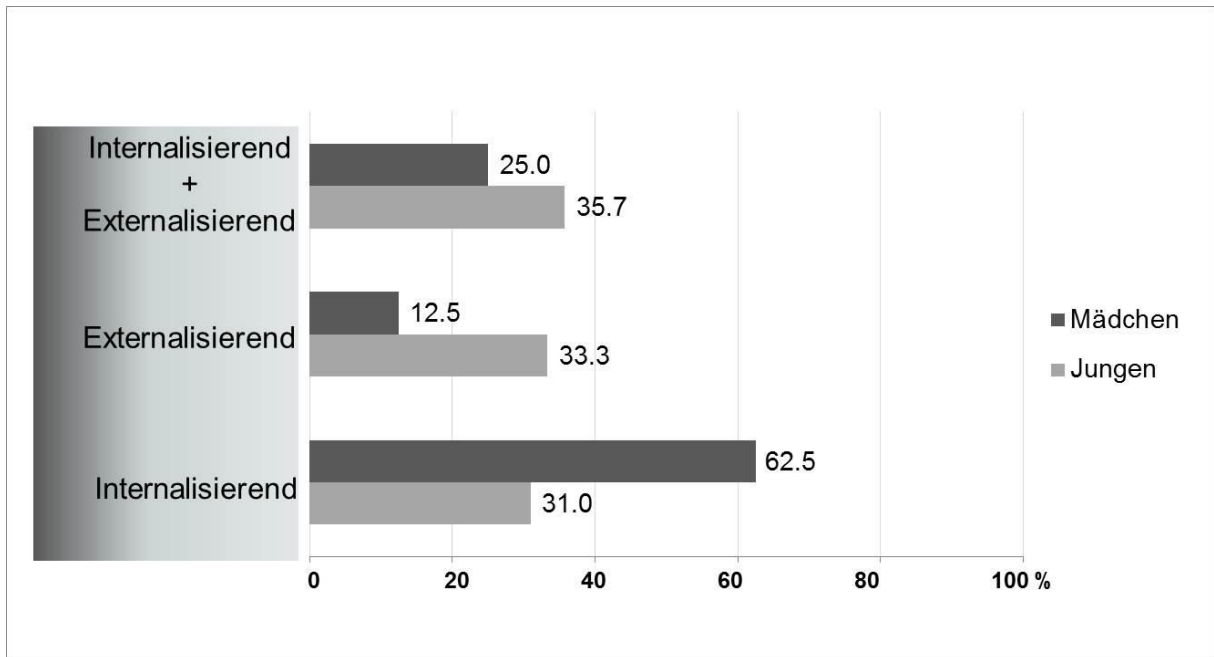


Abbildung 2: Psychische Störung nach Geschlecht

4.1.2. Familien- und Wohnsituation

29 Kinder und Jugendliche wohnten bei ihrer Mutter, 26 der Befragten bei beiden Eltern, neun bei einem Elternteil und einem neuen Partner. Fünf Befragte gaben eine spezielle Wohnsituation (z.B. in einer Pflegefamilie) an. Keines der Kinder oder Jugendlichen wohnte bei einem allein erziehenden Vater. Das Geschlechterverhältnis bezüglich dieser Angaben war ausgeglichen. Sowohl die Mädchen als auch die Jungen der Stichprobe wohnten zum größten Teil mit der Mutter alleine, am zweithäufigsten bei beiden Eltern.

Abbildung 3 zeigt die prozentuale Verteilung des Aufenthaltsortes der Kinder und Jugendlichen.

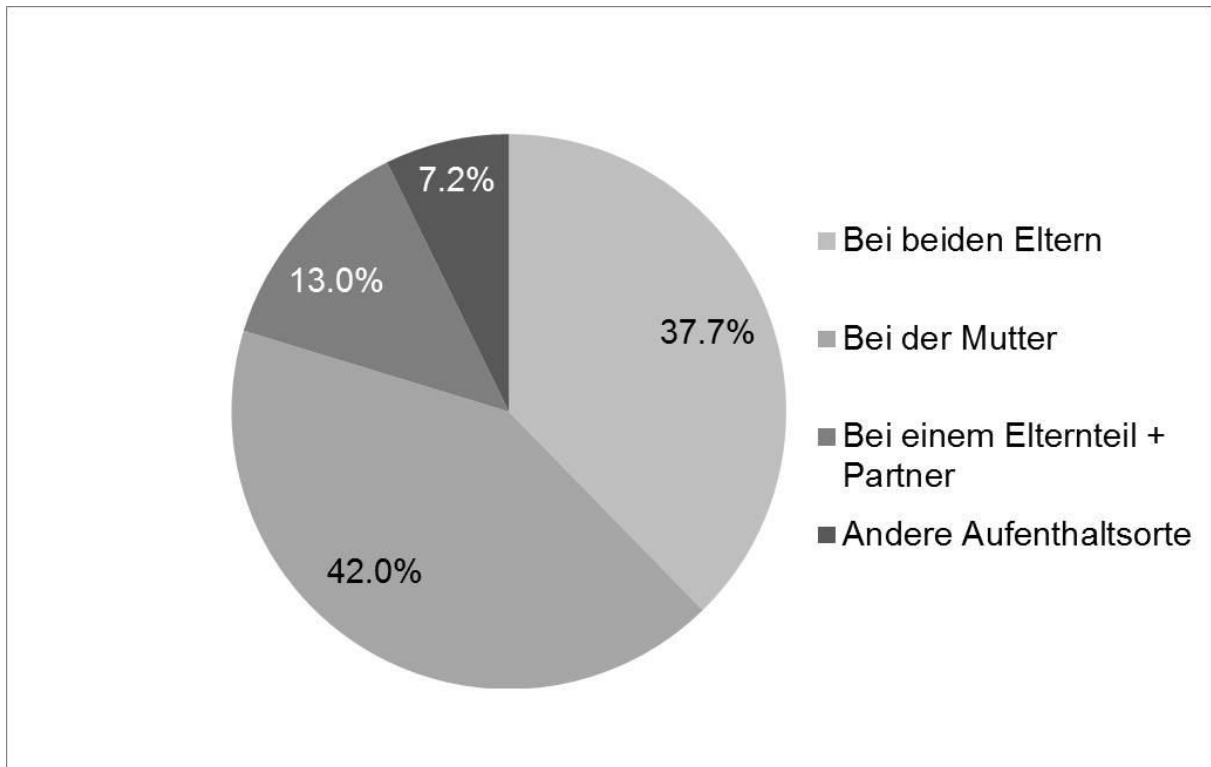


Abbildung 3: Aufenthaltsort der Kinder und Jugendlichen

In den Haushalten der Befragten wohnten bis zu sieben Personen in mindestens 2 bis maximal 13 Zimmern. Die durchschnittliche Anzahl an Personen im Haushalt betrug 3.68 (SD=1.13) bei durchschnittlich 5.43 Zimmern. Die Kinder und Jugendlichen bewohnten zu 94.2% ein eigenes Zimmer.

11.6 % der Kinder und Jugendlichen der Stichprobe waren Einzelkinder (N=8). 88.4 % hatten ein bis neun Geschwister (N=61), wobei nicht zwischen Geschwistern und Halbgeschwistern differenziert wurde. Die Geschwisteranzahl betrug im Durchschnitt 2.03 (SD=1.37).

4.1.3. Merkmale der Eltern

In der vorliegenden Untersuchung wurden die Eltern gebeten, Angaben zur eigenen Person und dem Kindesvater bzw. der Kindesmutter zu machen.

Überwiegend füllten die Mütter (N=44, 68.8%) der Kinder und Jugendlichen den Fragebogen alleine aus. In 20.3% der Fälle (N=13) wurde der Fragebogen von beiden Eltern und zu 6.3% (N=4) von den Vätern alleine ausgefüllt. 4.7% der Angaben (N=3) stammten von anderen Bezugspersonen (z.B. den Großeltern).

Das Durchschnittsalter der Eltern lag bei 42.04 Jahren ($SD=6.91$) mit einer Altersspanne von 29 bis 70 Jahren. Die Mütter waren zwischen 29 und 57 Jahre alt ($M=40.01$, $SD=6.40$). Bei Alter sowie beruflicher Tätigkeit der Väter gab es eine hohe Anzahl fehlender Angaben (über 30%). Zwei Kindesväter waren laut Angaben der Mütter bereits verstorben, weshalb hier keine Angaben gemacht wurden. Von 51 verfügbaren Altersangaben über die Väter ließ sich eine Altersspanne zwischen 31 und 70 Jahren ermitteln ($M=44.06$, $SD=7.42$).

Hinsichtlich der Schulbildung der Eltern erfolgte eine Einteilung in drei Kategorien (Hauptschulabschluss, Mittlerer Bildungsabschluss, Abitur) und einer Kategorie ohne Schulabschluss. Wie in Abbildung 4 zu sehen ist, hatte sowohl bei den Müttern als auch bei den Vätern die Mehrheit die Schule mit einem Mittleren Bildungsabschluss beendet.

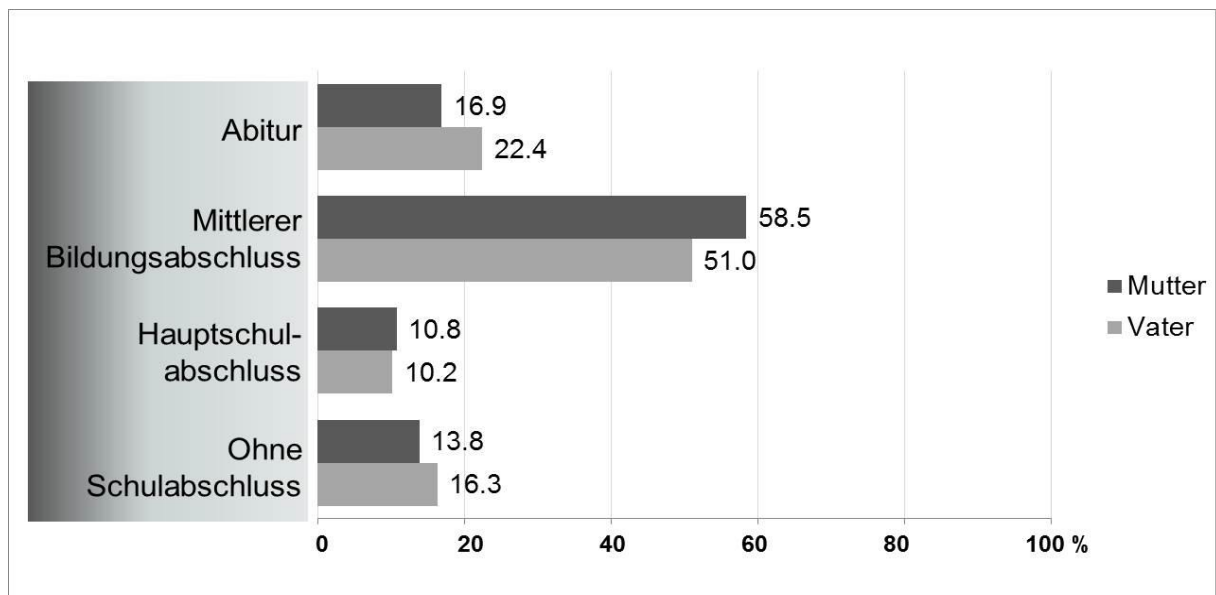


Abbildung 4: Schulabschluss der Eltern

Der Beschäftigungsgrad der Eltern wurde mit Vollzeit, Teilzeit oder Arbeitslosigkeit angegeben. Zu dem Zeitpunkt der Befragung war die Mehrheit der Väter vollzeitig beschäftigt, die der Mütter dagegen arbeitslos.

Abbildung 5 stellt den Beschäftigungsgrad der Eltern der Kinder und Jugendlichen dar.

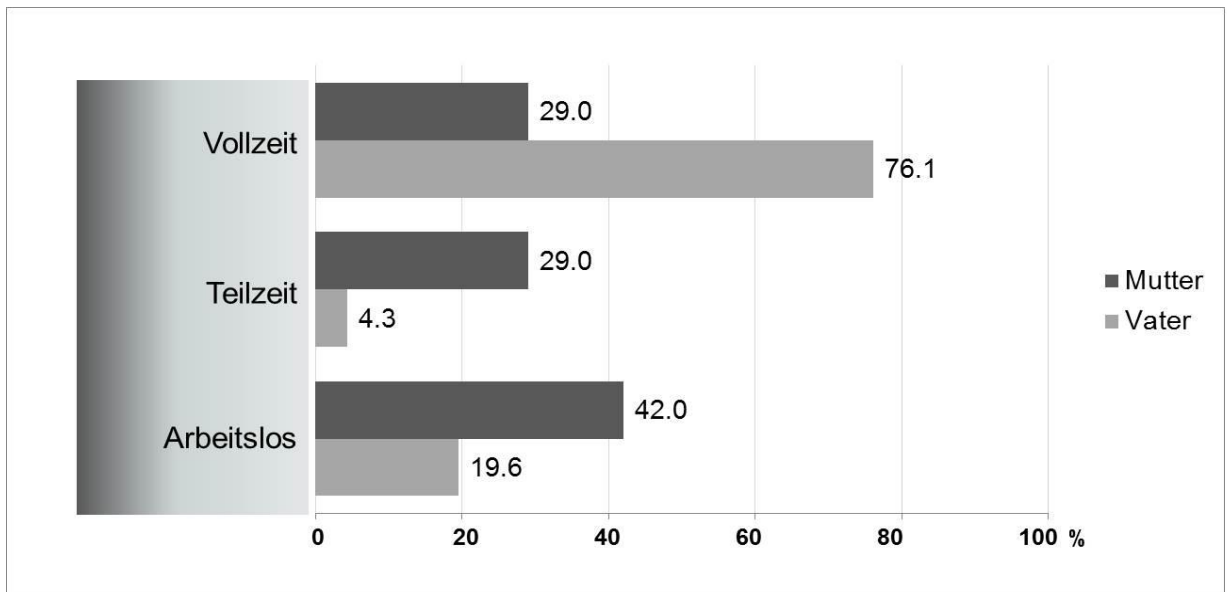


Abbildung 5: Beschäftigungsgrad der Eltern

Bei separater Betrachtung des Geschlechtes der Probanden zeigte sich folgende Auffälligkeit hinsichtlich der Arbeitslosigkeit: 51.2% der Mütter, die einen psychisch auffälligen Sohn haben, waren arbeitslos, wohingegen nur 28.6% der Mütter mit einer psychisch auffälligen Tochter arbeitslos waren. Mütter mit Töchtern arbeiteten zu 42.9% in Vollzeit, Mütter mit Söhnen dagegen nur zu 19.5%. Auch bei den Vätern fanden sich weniger Arbeitslose unter denjenigen, die eine Tochter hatten als diejenigen mit einem Sohn. Bei den Vätern der Befragten war jeder zehnte Vater einer Tochter arbeitslos, aber mehr als jeder vierte Vater eines Sohnes (26.9%). Väter mit Töchtern arbeiteten zu 85% in Vollzeit, Väter mit Söhnen dagegen nur zu 69.2%. Zu berücksichtigen ist, dass die Mütter generell viel häufiger in Teilzeit arbeiteten als die Väter.

In Abbildung 6 ist der Familienstand der Eltern dargestellt, der von den Kindern und Jugendlichen angegeben wurde.

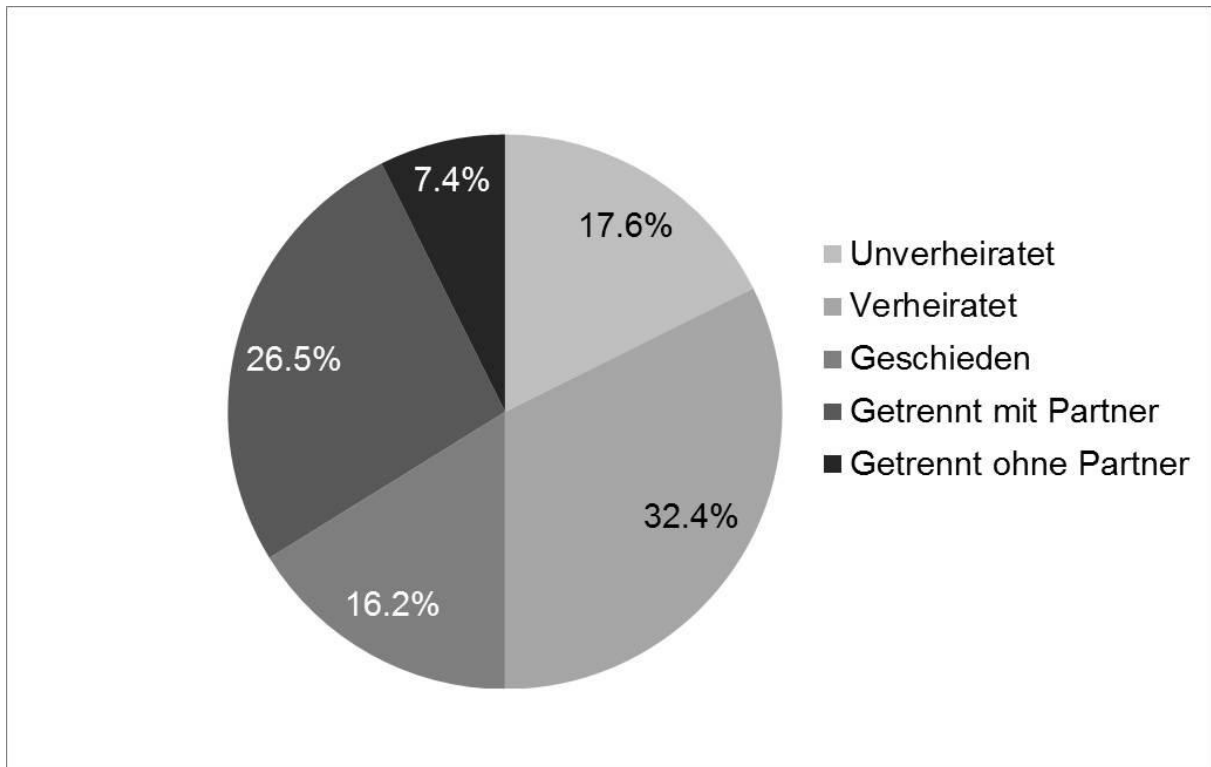


Abbildung 6: Familienstand der Eltern

4.1.4. Unterrichtsstunden

Die von den LehrerInnen ermittelten Angaben über die Anzahl der wöchentlichen Unterrichtsstunden, die sie mit dem Kind oder Jugendlichen, zu dem sie befragt wurden, verbrachten, variierten zwischen 3 und 30 Wochenstunden ($M=8.93$, $SD=5.70$).

4.2. Durchführung der Studie

4.2.1. Studiendesign

Bei den erhobenen Daten handelte es sich um eine Querschnittsuntersuchung, deren Ziel darin bestand, den Zusammenhang von Familienmerkmalen (Familiensituation und Familienklima) psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher und ihren Stärken und Schwächen zu untersuchen. Die Daten wurden aus der Selbstsicht der Kinder und Jugendlichen und aus der Fremdsicht der Eltern und LehrerInnen erhoben.

4.2.2. Rekrutierung der Stichprobe

Die Studie wurde vor Beginn der Erhebung von der Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Universität Leipzig geprüft. Der Zeitraum der Datenerhebung erstreckte sich von August 2008 bis September 2009.

Die Datenerhebung erfolgte gemeinsam mit einer zweiten Doktorandin, die eine separate Fragestellung bearbeitet hat. Rekrutiert wurde bei insgesamt drei Stationen und der Tagesklinik der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Leipzig, wobei sich auf den Stationen jeweils sechs bis neun Kinder bzw. Jugendliche befanden.

Die Rekrutierung der klinischen Stichprobe erfolgte folgendermaßen:

Alle stationär behandelten Kinder und Jugendlichen sowie die ab Beginn der Studie neu aufgenommenen Patienten wurden zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Die Teilnahme erfolgte auf freiwilliger Basis bei Einverständnis mindestens eines Elternteiles und des Kindes oder Jugendlichen. In einem ersten Schritt erhielten die Eltern und ihre Kinder über die Station ein gemeinsames Informationsblatt sowie eine Einverständniserklärung. Das Informationsblatt enthielt wesentliche Informationen zur Datenerhebung, den Umgang mit den Daten, die Beschreibung der Vorteile für die Familie und den Hinweis, dass die Ablehnung der Teilnahme keine Nachteile mit sich zieht. Alle Eltern wurden darauf hingewiesen, dass die Daten der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und ausschließlich anonym verwendet werden. Lag eine Zustimmung der Eltern vor, bekamen die Kinder und Jugendlichen sowie die Eltern die jeweiligen Fragebögen ausgehändigt. Zusätzlich wurde ein Fragebogen mit einem frankiertem Rückumschlag per Post an die LehrerInnen der Kinder und Jugendlichen verschickt.

Die Kinder und Jugendlichen füllten den Fragebogen in den meisten Fällen direkt in der Klinik, die Eltern vorwiegend zu Hause aus. Die erste Seite des Elternfragebogens enthielt persönliche Angaben zu den Kindern und Jugendlichen, die Adresse der Eltern und der Schule sowie der Name des Lehrers oder der Lehrerin. Die personalisierten Angaben dienten lediglich der Kontaktaufnahme und wurden stets unter Verschluss gehalten. Nach dem Einverständnis der Eltern zur Einsicht der Patientendokumentation konnten die ärztliche Diagnose und die aktuelle Medikation der Kinder und Jugendlichen aus den Arztbriefen entnommen oder direkt bei dem behandelnden Arzt oder der Ärztin erfragt werden.

Auf den beiden Jugendstationen händigten die Stationsärzte sowie das Pflegepersonal jedem neu aufgenommenen Patienten, bzw. dessen Eltern das Informationsblatt aus und empfahlen die Teilnahme an der Studie. Auf der Kinderstation und der Tagesklinik wurde zunächst von den Doktoranden geprüft, wer aufgrund des Alters die Einschlusskriterien erfüllt.

Davon abhängig wurden ein Informationsblatt und eine Einverständniserklärung in die Patientenakte gelegt, welche von den Stationsärzten oder dem Pflegepersonal an die Patienten und deren Eltern übergeben wurde.

4.3. Untersuchungsinstrumente

Die in der Studie eingesetzten Fragebögen wurden zum einen Teil aus bereits bestehenden und zum anderen Teil aus eigenen Items zusammengestellt. Hierbei wurden geschlossene und offene Antwortmöglichkeiten dargeboten. Im Folgenden werden die in der Befragung eingesetzten Instrumente vorgestellt. An eine kurze Beschreibung der Fragebögen zu demographischen Daten und Familien- und Wohnsituation schließen sich ausführliche Beschreibungen des Strengths and Difficulties Questionnaire sowie der Familienklimaskalen an. Alle Fragebögen befinden sich im Anhang (Anlage 2).

4.3.1. Fragebogen zur Demographie

Der Fragebogen zur Demographie enthält Angaben der Eltern zu Daten des Kindes bzw. Jugendlichen (Geschlecht, Größe, Gewicht, Alter), zur jetzigen bzw. früheren Wohnsituation (Stadt/Land) und zur Bildung der Eltern.

4.3.2. Fragebogen zur Familien- und Wohnsituation

Dieser Fragebogen gibt Auskünfte über die aktuelle Wohnsituation des Kindes oder Jugendlichen, den derzeitigen Beziehungsstatus der Eltern, eventuelle Geschwister oder Haustiere und die Anzahl an Personen im Haushalt. Zudem gaben die Kinder und Jugendlichen an, ob sie ein eigenes Zimmer bewohnten. Dieser Fragebogen wurde von den Kindern und Jugendlichen selbst ausgefüllt.

4.3.3. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Der SDQ ist ein in Großbritannien entwickelter einseitiger Fragebogen von Goodman (1997) zur dimensionalen Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und -stärken bei Kindern und Jugendlichen ab vier Jahren. Der Fragebogen wurde auf der Basis der Rutter Scales (Rutter, 1967) und der Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991) entwickelt. Er besteht aus fünf Subskalen (Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Probleme mit Gleichaltrigen, Prosoziales Verhalten), die durch je fünf Items erfasst werden.

Die Subskala „Emotionale Probleme“ erfasst Ängste und depressive Stimmungen der Kinder und Jugendlichen und enthält Items wie „Oft unglücklich oder niedergeschlagen, weint häufig“; „Nervös oder anklammernd in neuen Situationen, verliert leicht das Selbstvertrauen“; „Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht“.

Der Bereich „Verhaltensprobleme“ erfasst Hinweise auf dissoziales und aggressives Verhalten, wie z.B. „Hat oft Wutanfälle, ist aufbrausend“, „Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo“, „Lügt oder mogelt häufig“.

Die Items zur Hyperaktivität und Aufmerksamkeit wurden mittels der Schlüsselsymptome des ADHS (Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität) laut ICD-10/DSM IV–Diagnose ausgesucht. Dabei wurden Adjektive wie unruhig, überaktiv, zappelig und unkonzentriert abgefragt. Einige Items mussten dabei umgepolt werden wie z.B. „Führt Aufgaben zu Ende, gute Konzentrationsspanne“.

Die Einschätzung der Beziehung zu Gleichaltrigen erfolgt über Items wie „Einzelgänger, spielt meist alleine“; „Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie“; „Kommt besser mit Erwachsenen als mit anderen Kindern aus“.

Die einzige Subskala des SDQ, die zur Einschätzung der Stärken des Kindes oder Jugendlichen herangezogen wird, ist „Prosoziales Verhalten“. Dieser Aspekt fragt gezielt nach sozial förderlichem Verhalten, sozialer Kompetenz und der Bereitschaft, anderen zu helfen und Rücksicht zu nehmen. Items sind z.B. „Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind“; „Rücksichtsvoll“; „Teilt gerne mit anderen Kindern“.

Die Auswahl der Items erfolgte aufgrund gängiger nosologischer Konzepte und früheren Faktorenanalysen. Das Besondere am SDQ ist, dass sowohl negative als auch positive Verhaltensaspekte abgefragt werden (Woerner et al., 2002). Durch das zusätzliche Abfragen einer Verhaltenstärke wird der SDQ von den Befragten sehr gut akzeptiert. Zu den Stärken des SDQ zählen seine Kürze (25 Items), positive Formulierungen einiger Items, seine schnelle Auswertung und der einfache Zugriff im Internet. Der SDQ kann kostenlos von der Website (<http://www.sdqinfo.org>) in über 60 verschiedenen Sprachen herunter geladen werden, der Einsatz ist daher sehr ökonomisch. Der SDQ ist in drei verschiedenen Versionen erhältlich (Selbstversion ab elf Jahren, Eltern- und Lehrerversion ab vier Jahren) und somit für Multiinformantenansätze hervorragend geeignet. Studien haben gezeigt, dass sich mit der Kombination von Eltern- und Lehrerversion die besten Ergebnisse erzielen lassen (Goodman, 2001; Mullick und Goodman, 2001; van Widenfelt et al., 2003).

Der Fragebogen eignet sich zur kurzen klinischen Abschätzung der psychologischen Anpassung und Psychopathologie von Kindern und Jugendlichen, zum Screening von Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Problemen (Goodman et al., 2000a), zu Forschungszwecken

und zur Beurteilung des Behandlungsergebnisses (Garralda et al., 2000) sowie zum Monitoring und zur Therapieplanung (Becker et al., 2004a; Stone et al., 2010).

Jedes Symptom können die Befragten mithilfe einer Drei-Punkt-Likert-Skala „nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“ und „eindeutig zutreffend“ bezüglich des letzten halben Jahres angeben. „Nicht zutreffend“ wird mit null Punkten, „teilweise zutreffend“ mit einem Punkt und „eindeutig zutreffend“ mit zwei Punkten bewertet. Fünf Items wurden positiv formuliert und werden daher umgepolt (z.B. „Im Allgemeinen folgsam“). Die Auswertung des SDQ erfolgt entweder manuell mittels Schablonen oder mit Hilfe von SPSS. Das Ergebnis kann auf allen fünf Subskalen einen Wert zwischen null und zehn ergeben, wenn Angaben zu allen fünf Merkmalen vorliegen. Des Weiteren werden maximal zwei fehlende Werte einer Skala toleriert. Für den Fall, dass zwei Kreuze vorhanden sind oder dass ein Kreuz zwischen die Kästchen geschrieben wurde, wird jeweils die mittlere Antwortmöglichkeit („Teilweise zutreffend“) gezählt. Berechnet wird ein Gesamtproblemwert aus den vier Symptomen „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“ und „Probleme mit Gleichaltrigen“. Die Subskala „Prosoziales Verhalten“ wird dabei nicht mit berücksichtigt und dient lediglich als Maßstab. Bei der Ermittlung des Gesamtproblemwertes können demzufolge 0-40 Punkte erreicht werden.

Die Verteilung der Grenzwerte (Cut-off-Werte) wurde anhand einer britischen Normierungsstichprobe so gewählt, dass 80% der Kinder und Jugendlichen als „normal“ (unauffälliger Gesamtproblemwert), 10% als „grenzwertig auffällig“ und 10% als „auffällig“ eingestuft werden. Die Cut-off-Werte sind nicht nach Alter und Geschlecht differenziert. Zur Einteilung in Kategorien werden für das Elternurteil die deutschen Normen von Woerner et al. (2004) herangezogen, die das Ergebnis einer repräsentativen deutschen Feldstichprobe mit N=930 6- bis 16-Jährigen darstellt. Für Lehrer- und Selbstfragebogen liegen bislang noch keine deutschen Normen vor. Daher wurde dabei auf die britische Normierungsstichprobe (Lehrerverversion N= 8208, 5 bis 15 Jahre; Selbstversion N=4228, 11 bis 15 Jahre) zurückgegriffen (Meltzer et al., 2000; <http://www.sdqinfo.org>). Die Kinder und Jugendlichen wurden danach als „unauffällig“, „grenzwertig“ oder „auffällig“ hinsichtlich des entsprechenden Problembereiches klassifiziert.

Die *psychometrischen Eigenschaften* des SDQ wurden sowohl bei der Normalpopulation (Koskelainen et al., 2001) als auch in klinischen Stichproben (Becker et al., 2004b) als gut bewertet (Goodman, 2001). Reliabilität und Validität wurden in Studien hinreichend geprüft. Der SDQ in der Eltern- und Lehrerversion wurde in einer Übersichtsarbeit (48 Studien, Vier- bis Zwölfjährige) von Stone et al. (2010) als reliabler und valider Fragebogen eingeschätzt (siehe auch Rothenberger et al., 2008; Saile, 2007). Der Lehrerfragebogen erzielte bezüglich der Reliabilität auf der Ebene der Subskalen stärkere Werte als der Elternfragebogen. Das

Ausmaß der internen Konsistenz der Skalen erreichte bei 26 eingeschlossenen Studien von Stone et al. (2010) bei den Eltern (N= 53691) Mittelwerte zwischen .53 (Probleme mit Gleichaltrigen) und .80 (Gesamtproblemwert), bei den LehrerInnen (N=21866) zwischen .63 („Probleme mit Gleichaltrigen“) und .83 („Prosoziales Verhalten“).

Die deutsche Version des SDQ wurde von Klasen et al. (2003) als nützlicher und valider Fragebogen beschrieben, der mit dem englischen Original vergleichbar ist (vgl. Woerner et al., 2004). Die SDQ-Selbstversion in ihrer deutschsprachigen Version ist laut Altendorfer-Kling et al. (2007) hinsichtlich der psychometrischen Eigenschaften für ein Screeningverfahren gerade noch ausreichend und wird für die Individualdiagnostik bei gleichzeitiger Verwendung von mehreren Informationsquellen empfohlen. Woerner et al. (2002) erreichten bei der deutschen Normierungsstichprobe (N=930) die höchsten Werte für Cronbachs alpha für den Gesamtproblemwert (>.80), die Subskalen variierten zwischen .58 („Probleme mit Gleichaltrigen“) und .76 („Hyperaktivität“).

Muris et al. (2004) untersuchte die psychometrischen Eigenschaften des SDQ bei einer Stichprobe von 1111 Kindern zwischen acht und elf Jahren. Die Gütekriterien bei den Fragebögen der jüngeren Kinder waren mit denen der älteren Kinder vergleichbar. Die Selbstversion des SDQ wurde für Kinder unter elf Jahren empfohlen. Auf Grundlage dieser Empfehlung wurden bei der vorliegenden Studie Kinder bereits ab einem Alter von acht Jahren mit eingeschlossen, auch wenn die Selbstversion des SDQ erst für Kinder ab elf Jahren ausgewiesen ist (siehe auch Mellor, 2004).

Die Übereinstimmung zwischen SDQ-Vorhersage und einer unabhängigen klinischen Diagnose wurde von Goodman et al. (2000b) in einer Stichprobe mit Kindern aus Großbritannien (N=101) und Bangladesch (N=89) als signifikant beschrieben. Der SDQ identifizierte 81-91% der Kinder mit irgendeiner psychischen Störung richtig als klinisch auffällig (vgl. Goodman und Goodman, 2010). Der SDQ kann gut zwischen einer Normalpopulation und einer klinischen Stichprobe differenzieren. Das bestätigte Woerner et al. (2004) bei einem Vergleich von Mittelwerten von zwei Stichproben einer Normalpopulation mit zwei klinischen Stichproben. Die Eltern schätzten Kinder und Jugendliche einer klinischen Stichprobe in einem Alter von 6 bis 16 Jahren in allen Problembereichen fast doppelt so hoch ein wie die Eltern von Kindern und Jugendlichen der Vergleichsstichproben.

Der SDQ wird vor allem mit der Child Behavior Checklist (CBCL) verglichen (Achenbach, 1991). Die CBCL dient zur Identifikation von Kindern, die Verhaltensauffälligkeiten und/oder emotionale Schwierigkeiten aufweisen und psychiatrisch hilfebedürftig sind. Sie wird ebenfalls in drei Varianten eingesetzt. Laut einer Studie von Klasen et al. (2000) sind der SDQ und die CBCL für Forschungsarbeiten gleichermaßen aussagekräftig. Der SDQ differenziere

jedoch besser zwischen normalen und klinischen Fällen. Außerdem wurden hyperaktive Kinder besser erfasst, da der SDQ, wie bereits erwähnt, die Schlüsselsymptome des ADHS (laut ICD-10, DSM IV) in den Unterpunkten abfragt. Die CBCL ist im Vergleich zum SDQ nicht so ökonomisch, da sie mit über 100 Items einen viel breiteren Rahmen hat. In einer Übersichtsarbeit von Stone et al., 2010 wurden durchschnittliche Korrelationen der Gesamtskala des SDQ mit der CBCL (Eltern N=4590, LehrerInnen N=784) von $r > .75$ beschrieben.

4.3.4. Fragebogen zum Familienklima/Familienklimaskalen(FKS)

Die in der vorliegenden Studie verwendeten Items zur Einschätzung des Familienklimas stammen aus dem Familiendiagnostischen Testsystem (FDTS) von Schneewind et al. (1985), die sich als deutschsprachige Version, angelehnt an die Family Environment Scale (FES) von Moos und Moos (1981), durchgesetzt haben.

Die Familienklimaskalen (FKS) dienen der Erfassung der subjektiv erlebten Familienumwelt und wurden in der vorliegenden Studie von den Kindern und Jugendlichen selbst sowie deren Eltern (in der Regel ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter) ausgefüllt. In der Originalform (Moos und Moos, 1981) werden die Wahrnehmungen der einzelnen Familienmitglieder auf drei zentralen Dimensionen (Beziehung, Persönlichkeitsreife/Entwicklung und Systemerhaltung) erfasst. Für die vorliegende Studie wurde das Familienklima auf die Beziehungsdimension mit den drei Subskalen „Kohäsion“ („Zusammenhalt“), „Offenheit“ und „Konfliktneigung“ beschränkt. Der somit einseitige Fragebogen mit 18 Feststellungen, im Folgenden kurz FKS genannt, dient der Einschätzung der Familienumwelt auf einer vierstufigen Skala (trifft ganz zu- trifft gar nicht zu), wodurch eine Beurteilung der Qualität der Familienbeziehungen gelingt.

Die Subskala „Kohäsion“ oder auch „Zusammenhalt“, bestehend aus sechs Items, beschreibt das Ausmaß, in dem die Familienmitglieder zusammenhalten, sich gegenseitig unterstützen und füreinander da sind. Darunter fallen unter anderem folgende Feststellungen: „Es kommt bei uns zu Hause häufiger vor, dass man dem anderen nur ungern und widerwillig hilft“; „In unserer Familie fällt es manchmal schwer, alle unter einen Hut zu bringen“; „Jeder hat in unserer Familie die gleichen Rechte, wenn es etwas zu entscheiden gibt“.

Der Aspekt „Offenheit“ innerhalb der Familie umfasst mit vier Items Spontanität und Ausgelassenheit der Familienmitglieder, Offenheit im Ausdruck von Gefühlen und freie Äußerung von Kritik ohne darauf folgende Sanktionen. Items sind beispielsweise „Bei uns in der Familie sind wir eher zurückhaltend, wenn es darum geht, seine Meinung offen zu sagen“; „In unserer Familie ist es eher so, dass man seine Gefühle nicht zeigt“; „In unserer Familie wird es nicht gern gesehen, wenn man sagt, dass einem etwas nicht passt“.

Das Konzept der Konfliktneigung umfasst die Häufigkeit von Streitigkeiten und Reibereien, Ausdruck von Ärger und fehlendes Bemühen um eine sachliche Schlichtung von Meinungsverschiedenheiten. Darunter fallen bei insgesamt acht Items z.B. folgende Items: „In unserer Familie kommt es oft zu Reibereien“; „In unserer Familie werden Meinungsverschiedenheiten ganz sachlich geregelt“; „Streitigkeiten werden bei uns nicht mit Schimpfen und Schreien ausgetragen“.

Auf der Basis von Faktorenanalysen ergaben die drei Skalen der Beziehungsdimension nach Angaben von Schneewind (1987) einen übergeordneten Faktor „Positiv-emotionales Familienklima“.

Die Auswertung dieses Fragebogens erfolgt mittels SPSS. Die Feststellungen, die sich auf die Familie beziehen, werden anhand der vierstufigen Skala mit einem bis vier Punkten gewertet. Für die Ermittlung der Subskalen werden die Items der einzelnen Punkte addiert und der Mittelwert berechnet. Einige Items werden zuvor umgepolt. Die Gesamtskala ergibt sich aus den Mittelwerten der drei Subskalen. Bei dem Aspekt „Zusammenhalt“ werden aus einem Fragenpool von sechs Fragen mindestens vier mit in die Bewertung eingeschlossen. Die Skala „Offenheit“ schließt mindestens drei der vier Items in die Mittelwerterbildung mit ein. Bei der Dimension „Konfliktneigung“, welche mit acht Fragen die Mehrheit der Items stellt, müssen mindestens fünf gültige Items vorhanden sein, damit die Subskala berechnet werden kann. Die drei Subskalen geben jeweils die negative Variante der einzelnen Aspekte wieder. So ergeben sich die Aspekte „Hohe Konfliktneigung“, „Wenig Offenheit“ und „Wenig Zusammenhalt“ innerhalb der Familie und die Gesamtskala „Negativ Emotionales Familienklima“. Daraus folgt, dass höhere Itemwerte im Allgemeinen negativ sind und somit ein schlechteres Klima bezogen auf den jeweiligen Aspekt anzeigen.

In der vorliegenden Studie wurden sowohl die Werte der Subskalen „Zusammenhalt“, „Offenheit“ und „Konfliktneigung“ als auch des Gesamtwertes „Emotionales Familienklima“ in den statistischen Analysen verwendet.

Die *psychometrischen Eigenschaften* der FKS wurden bereits ausreichend überprüft. Hinweise auf die externe Validität der Beziehungsdimension zeigten sich nach Schneewind et al. (1985) beispielsweise darin, dass die Skalen „Zusammenhalt“ und „Konfliktneigung“, eingeschätzt von N=570 Müttern und Vätern, in sinnvoller Weise mit einzelnen Faktoren des 16-Faktoren-Persönlichkeitstests von Schneewind et al. (1994) zusammenhingen. Das Verfahren zur Einschätzung des emotionalen Familienklimas weist gute Validitätsmerkmale auf (Garrison et al., 1990; Halpern, 2004; Slee, 1996). Nach Angaben von Schneewind et al. (1985) lag die interne Konsistenz der Skala „Offenheit“ bei $r=.45$, für die anderen beiden Skalen bei $r=.65$ („Zusammenhalt“) und $r=.79$ („Konfliktneigung“).

4.4. Der Multiinformantenansatz

Der SDQ und die Familienklimaskalen wurden bei der vorliegenden Studie als Multiinformantenansatz verwendet. Dieser wird im Folgenden genauer erläutert.

In Multiinformantenstudien werden mehrere Personen zu einem Probanden, den sie in verschiedenen Lebensbereichen begleiten, befragt. Durch die Befragung mehrerer Informanten erhält man zum einen Beurteilungen aus unterschiedlichen Perspektiven, nämlich der eigenen und der fremden, zum anderen Aussagen zu verschiedenen Kontexten, wie z.B. Schule und Elternhaus. Dadurch überlappen sich die Angaben der Informanten zum Teil nur wenig, da sie verschiedene Perspektiven einnehmen und die Zielperson möglicherweise aus anderen Kontexten kennen. Verschiedene Informanten sind vor allem bei Kindern und Jugendlichen wichtig, da Eltern, LehrerInnen und ÄrztInnen sehr gute Informationsquellen darstellen. Außerdem gibt es keinen Goldstandard zur Abschätzung von Psychopathologie in der Kindheit, was Multiinformantenstudien unentbehrlich macht. Diese Methode gilt heute als adäquates Maß zur Erhebung von Verhaltensproblemen und emotionale Schwierigkeiten von Kindern und Jugendlichen.

Kraemer et al. (2003) entwickelten einen Ansatz für die Auswertung von Multiinformantenstudien. Daraus lassen sich mittels Hauptkomponentenanalysen die drei Faktoren „Trait“ wie z.B. Symptome, Kompetenz und Problemwert des Kindes oder Jugendlichen, „Perspektive“ (Eigene versus Fremde) und „Kontext“ (z.B. Schule versus Elternhaus) ermitteln und kombinieren. Der Faktor „Trait“ stellt dabei den Hauptfaktor und die Hauptvarianz (52-55%) dar und bringt den zusammenlaufenden Anteil der Sichtweisen der drei Informanten (Kind oder Jugendlicher, Eltern, LehrerInnen) zum jeweiligen Problembereich zum Ausdruck. Zu diesen drei Einflüssen kommt zusätzlich noch ein Fehlerwert. Wichtig ist, dass eine optimale Auswahl der Informanten getroffen wird, um folgendes mathematisches Modell zur Auswertung zu benutzen:

$$I = T + C + P + E$$

I entspricht der Informationsübersicht, T steht für Trait, C ist der Context, P die Perspektive und E bedeutet Error (Zufallsfehler).

Bei diesem Ansatz nach Kraemer et al. (2003) werden Unstimmigkeiten zwischen den Informanten nicht als Messfehler betrachtet, die es zu reduzieren oder zu beseitigen gilt, sondern als notwendige Konsequenz der Integration von Informationen, die sich aus den unterschiedlichen Perspektiven und Kontexten der Befragten ergibt. Durch die Auswahl des optimalen Informanten und eine zusammengerechnete Datennutzung ist es gelungen, ein neues Modell zu entwickeln, das genauer ist und näher an den Goldstandard herankommt. Damit wird

ein umfassendes Bild über möglicherweise vorhandene Symptome gewonnen und der Zusammenhang zu anderen Parametern kann analysiert werden.

4.5. Datenanalyse

Alle statistischen Analysen wurden mit SPSS Version 16 und PASW 18 durchgeführt. Da für die Anwendung einiger statistischer Verfahren eine Normalverteilung der Ergebnisse Voraussetzung ist, wurden die Daten im Vorfeld mittels des Kolmogorov-Smirnov-Test geprüft. Bei den in dieser Studie vorliegenden Ergebnissen wiesen einzelne Subskalen des SDQ wie „Prosoziales Verhalten“ in der Selbst- und Elterneinschätzung; sowie „Verhaltensprobleme“ in der Selbsteinschätzung keine Normalverteilung auf, so dass für die weiteren Berechnungen mit diesen Skalen nichtparametrische Tests, die von der Verteilungsart unabhängig sind, zur Anwendung kamen. Die Skalen des SDQ im Multiinformantenansatz und die Skalen des Familienklimas waren normal verteilt.

Zur Umsetzung des Multiinformantenansatzes im SDQ wurde der Mittelwert aus mindestens zwei der drei Informanten Kind oder Jugendlicher, Eltern und LehrerInnen gebildet. Der Mittelwert gilt dabei als Repräsentation des Faktors „Trait“ (aus der Faktorenanalyse von Kraemer et al., 2003) und hat sich bei anderen Publikationen bewährt (vgl. Stadelmann et al., 2007). Bei den FKS wurde der Multiinformantenansatz durch Mittelung der Werte von den Eltern und ihren Kindern umgesetzt. Dieser gemittelte Wert (bei SDQ und FKS) wird im Folgenden als Multiinformanten-Wert bezeichnet.

Die Übereinstimmungen der verschiedenen Informanten, sowie die Zusammenhänge der Skalen untereinander, wurden mittels Korrelationen analysiert. Bei Korrelationen, die sich ausschließlich auf das Familienklima bezogen, wurde der Pearson Korrelationskoeffizient genutzt. Rangkorrelationen nach Spearman wurden bei Analysen, bei denen die oben genannten Skalen des SDQ mit einbezogen waren, verwendet. Der Korrelationskoeffizient, der mit r symbolisiert wird und zwischen -1 und +1 liegen kann, gilt als Maß für den Zusammenhang zwischen zwei Variablen. Der Betrag 1 spricht für einen starken Zusammenhang, nähert sich der Wert dem Betrag 0, so wird der Zusammenhang immer schwächer. Liegen die Werte im negativen Bereich, deutet dies auf einen gegenläufigen Zusammenhang hin.

Zur Einstufung der Stärke des Zusammenhangs liegen Richtwerte vor. Der Korrelationskoeffizient lässt sich wie folgt abstufen:

Tabelle 2: Bezeichnung beim Korrelationskoeffizient (Bühl, 2008), S. 346

Wert	Interpretation
bis 0.2	sehr geringe Korrelation
bis 0.5	geringe Korrelation
bis 0.7	mittlere Korrelation
bis 0.9	hohe Korrelation
>0.9	sehr hohe Korrelation

Unterschiede der Einschätzungen der Eltern und ihrer Kinder im Hinblick auf das Familienklima wurden mit t-Tests (bei gepaarten Stichproben) auf signifikante Unterschiede geprüft.

Zur Überprüfung von Geschlechtsunterschieden wurden t-Tests für unabhängige Stichproben herangezogen.

5. ERGEBNISSE

Im Folgenden werden die Ergebnisse der statistischen Analysen dargestellt. Das Kapitel ist in drei Teile untergliedert. Der erste Teil beginnt mit der deskriptiven Statistik des SDQ und der FKS. Danach folgen Korrelationsanalysen der Skalen der FKS und die Bearbeitung der explorativen Fragestellungen 1a und 1b, die sich auf die Übereinstimmung der Eltern und ihrer Kinder in der Einschätzung des Familienklimas bezieht. Der anschließende Hypothesen-testende Teil stellt die Ergebnisse der Fragestellung 2 mit den dazugehörigen Hypothesen dar, die sich auf Zusammenhänge zwischen Stärken und Schwächen der Kinder und Jugendlichen und dem Familienklima beziehen. Zum Schluss wird in einem explorativen Teil kurz auf Zusammenhänge zwischen den Problembereichen des SDQ und dem Aspekt „Offenheit“ des Familienklimas sowie demographischen Daten wie dem Bildungsstand und der Berufstätigkeit der Eltern eingegangen.

Die deskriptive Statistik des SDQ enthält sowohl die Einschätzungen der einzelnen Informanten als auch die Einschätzungen anhand des Multiinformanten-Wertes. Der Multiinformanten-Wert ist für die Einschätzung von Kindern und Jugendlichen sehr wichtig, da unterschiedliche Perspektiven und Kontexte darin einfließen. Die Beurteilungen der einzelnen Informanten weichen voneinander ab, da die Stärken und Schwächen sowie das Familienklima durch verschiedene Perspektiven unterschiedlich bewertet werden. Daher ist es wichtig, diese zusätzlich getrennt voneinander zu analysieren und zu vergleichen.

5.1. Deskriptiver Teil und explorative Fragestellungen 1a und 1b

5.1.1. Auswertung SDQ

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der kindlichen bzw. jugendlichen Sicht, sowie der Fremdsicht der Eltern und LehrerInnen bezüglich der Stärken und Schwächen der Kinder und Jugendlichen. Es zeigt, wie belastet die Kinder und Jugendlichen waren. Die ausführliche Beschreibung der Symptombelastung dient dabei als Orientierung, bevor der Schwerpunkt dieser Arbeit, die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Stärken und Schwächen mit Merkmalen der Familie dargestellt wird.

Der SDQ wurde von den Kindern und Jugendlichen selbst, ihren Eltern oder einem Elternteil und ihrer Lehrerin oder ihrem Lehrer ausgefüllt. Insgesamt füllten 70 Eltern, 69 Kinder und Jugendliche und 57 LehrerInnen den SDQ aus. Das ergab fehlende Werte von 5.4% (N=4) bei den Elternfragebögen, 6.8% (N=5) bei den Selbstfragebögen und 23% (N=17) bei den Lehrerfragebögen. Mittels des Multiinformanten-Wertes wurden die Mittelwerte von mindes-

tens zwei der drei Informanten berechnet. Bei 8.1% (N=6) konnte die Berechnung aufgrund fehlender Werte nicht durchgeführt werden.

Im Folgenden werden zunächst die deskriptive Statistik des SDQ für alle Informanten separat sowie den Multiinformanten-Wert und die Übereinstimmung der verschiedenen Informanten dargestellt. Die Mittelwerte wurden dabei den Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“ zugeordnet. Dies dient der Orientierung, in welche Kategorie die Kinder und Jugendlichen durchschnittlich fielen. Anschließend folgt die Darstellung der Kategorien der einzelnen Skalen des SDQ aus allen drei Perspektiven.

5.1.1.1. Mittelwerte der verschiedenen Einschätzungen

Tabelle 3 zeigt deskriptive Kennwerte des SDQ für alle drei Informanten separat.

Tabelle 3: Mittelwerte der Einschätzungen im SDQ, verschiedene Informanten

	Selbst N=69		Eltern N=70		LehrerInnen N=57	
	M	SD	M	SD	M	SD
Emotionale Probleme	4.97	2.75	5.59	2.73	4.67	2.62
Verhaltensprobleme	3.28	2.35	4.00	2.58	3.32	2.48
Hyperaktivität	5.10	2.53	5.51	2.74	5.28	2.72
Probleme mit Gleichaltrigen	3.94	2.01	4.00	2.57	4.26	2.96
Prosoziales Verhalten	7.58	2.37	6.99	2.19	5.89	2.63
Gesamtproblemwert	17.29	6.38	19.10	6.92	17.53	7.04

Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen

Die Kinder und Jugendlichen der vorliegenden Studie waren bereits klinisch psychisch auffällig. Es wurde dennoch analysiert, wie sie im Durchschnitt ihre Stärken und Schwächen selbst einschätzten. Anhand Tabelle 3 erkennt man, dass die Kinder und Jugendlichen den Aspekt „Hyperaktivität“ am stärksten und den Bereich „Verhaltensprobleme“ am schwächsten beurteilten. Hinsichtlich des Gesamtproblemwertes im SDQ schätzten sich die Kinder und Jugendlichen selbst anhand der kategorialen Einteilung als „grenzwertig“ ein. Teilt man die Mittelwerte den Kategorien zu, schätzten die Kinder und Jugendlichen die Stärke „Prosoziales Verhalten“ als „unauffällig“ ein. Bezüglich psychischer Auffälligkeiten lagen die Mittelwerte der Kinder und Jugendliche für die Dimensionen „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme“

und „Emotionale Probleme“ ebenfalls im unauffälligen Bereich. Lediglich die Subskala „Probleme mit Gleichaltrigen“ fiel aufgerundet in die Kategorie „grenzwertig“.

Fremdeinschätzungen der Eltern und LehrerInnen

Tabelle 3 zeigt weiterhin, dass die Eltern die Subskalen „Emotionale Probleme“ und „Hyperaktivität“ am stärksten und „Verhaltensprobleme“ und „Probleme mit Gleichaltrigen“ am schwächsten bewerteten. Die LehrerInnen schätzten die Kinder und Jugendlichen bezüglich der Subskala „Hyperaktivität“ am höchsten ein. Am niedrigsten beurteilten sie die Subskala „Verhaltensprobleme“.

Bei der Betrachtung des Gesamtproblemwertes aus den beiden Fremdsichten (Eltern und LehrerInnen) ergaben sich Mittelwerte, welche über dem der Kinder und Jugendlichen lagen. Nach der britischen und bei den Eltern deutschen Normierungsstichprobe fielen beide durchschnittlich in die Kategorie „auffällig“.

Hinsichtlich der Dimension „Prosoziales Verhalten“ schätzten die Eltern ihre Kinder schlechter ein als die Kinder und Jugendlichen selbst, aber dennoch als „unauffällig“. Bei den LehrerInnen war die Einschätzung diesbezüglich am schlechtesten von allen drei Informanten und lag zwischen den Kategorien „unauffällig“ und „grenzwertig“. Bezogen auf psychische Auffälligkeiten lagen die Mittelwerte der Eltern sowohl für die Dimension „Hyperaktivität“ als auch für die Subskala „Verhaltensprobleme“ höher als die der Selbst- und der Lehrereinschätzung. Die Einschätzungen der LehrerInnen bewegte sich jeweils zwischen der der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern. Die Eltern beurteilten ihre Kinder hinsichtlich der Mittelwerte der Subskalen „Hyperaktivität“ als „unauffällig“ bis „grenzwertig“ und „Verhaltensprobleme“ als „grenzwertig“. Dies entsprach der Einschätzung der LehrerInnen. Für die Dimension „Probleme mit Gleichaltrigen“ lagen die Mittelwerte sowohl bei der Einschätzung der Eltern als auch bei der der LehrerInnen im Bereich „grenzwertig“ und waren fast identisch mit der Einschätzung der Kinder und Jugendlichen selbst. Bei der Subskala „Emotionale Probleme“ beurteilten die Eltern ihre Kinder als „auffällig“ und somit wesentlich schlechter als die Kinder und Jugendlichen selbst wie auch die LehrerInnen („unauffällig“ bis „grenzwertig“).

5.1.1.2. Übereinstimmung der verschiedenen Informanten

Die Übereinstimmungen der verschiedenen Informanten, gemessen durch Korrelationen, werden im Folgenden kurz zusammengefasst dargestellt. Die Zusammenhänge sollen hier nicht weiter ausgeführt werden, da sie Gegenstand der Fragestellung einer anderen Qualifizierungsarbeit sind.

„Emotionale Symptome“: $r=.182-.396$; „Verhaltensprobleme“: $r=.474-.608$; „Hyperaktivität“: $r=.380-.605$; „Probleme mit Gleichaltrigen“: $r=.452-.666$; „Prosoziales Verhalten“: $r=.279-.417$; Gesamtproblemwert $r=.373-.585$.

Fast alle Korrelationen waren mit $p<.01$ signifikant. Ausnahmen liegen in der Übereinstimmung der Kinder und Jugendlichen mit ihren Eltern in der Subskala „Emotionale Probleme“ und der Kinder und Jugendliche mit den LehrerInnen in der Subskala „Prosoziales Verhalten“ ($p<.05$). Die einzige Korrelation, die nicht signifikant war, ist die zwischen den Kindern und Jugendlichen und den LehrerInnen in der Subskala „Emotionale Probleme“.

Die Korrelationen liegen nach Bühl (2008) im geringen bis mittleren Bereich und erlauben damit die Zusammenfassung zum Multiinformanten-Wert.

5.1.1.3. Die Mittelwerte als Multiinformanten-Wert

Bei 68 von 74 befragten Kindern und Jugendlichen konnte der Multiinformanten-Wert als Mittelwert der drei Einschätzungen berechnet und somit zur Hypothesen-Testung herangezogen werden.

Tabelle 4 zeigt die deskriptiven Kennwerte des SDQ als Multiinformanten-Wert:

Tabelle 4: Mittelwerte der Einschätzungen im SDQ, Multiinformanten, N=68

	Mittelwert	SD	Minimum	Maximum
Emotionale Probleme	5.04	1.97	0.67	9.33
Verhaltensprobleme	3.58	2.09	0.00	8.00
Hyperaktivität	5.34	2.22	0.00	9.00
Probleme mit Gleichaltrigen	4.05	2.07	0.33	9.33
Prosoziales Verhalten	6.92	1.91	2.33	10.00
Gesamtproblemwert	18.01	5.56	2.00	29.67

Die Subskala „Hyperaktivität“ lieferte bei Betrachtung der Problembereiche den höchsten Wert, es folgte der Bereich „Emotionale Probleme“. Der Mittelwert der „Verhaltensprobleme“ war von allen vier Problemskalen am niedrigsten.

5.1.1.4. Kategoriale Einschätzung

Abbildung 7 zeigt die kategorialen Einschätzungen des Gesamtproblemwertes aller drei Perspektiven:

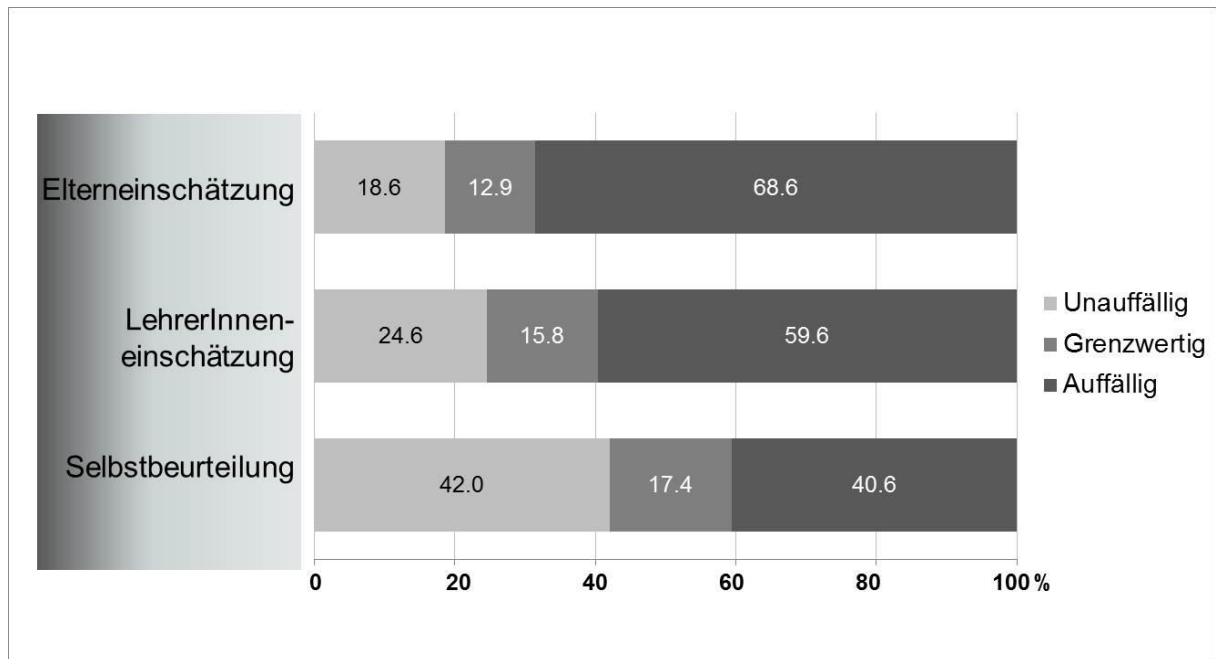


Abbildung 7: Gesamtproblemwert im SDQ, separat

Bezogen auf die kategoriale Einteilung des Gesamtproblemswertes stuften sich 28 Kinder und Jugendlichen selbst als im klinischen Bereich „auffällig“ ein. Die Eltern und LehrerInnen schätzten mehr Kinder und Jugendliche als „auffällig“ hinsichtlich des Gesamtproblemwertes ein (Eltern: N=44, LehrerInnen: N=34). Die Kinder und Jugendlichen beurteilten sich selbst deutlich häufiger als „unauffällig“ als dies bei den Einschätzungen der Eltern und LehrerInnen der Fall war.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass aus den beiden Fremdsichten die Kinder und Jugendlichen zu über 75% Hinweise auf psychische Auffälligkeiten (Kategorien „grenzwertig“ und „auffällig“) zeigten oder bereits psychisch auffällig waren. Aus eigener Sicht waren es nicht einmal 60%.

Tabelle 5 zeigt die kategorialen Einschätzungen der einzelnen Informanten der Subskalen des SDQ.

Tabelle 5: Kategoriale Einschätzung anhand des SDQ, alle einzeln, in Prozent

<i>Angaben in Prozent</i>	Selbst N=69	Eltern N=70	LehrerInnen N=57
Emotionale Probleme			
Unauffällig	62.3	24.3	43.9
Grenzwertig	7.2	12.9	21.1
Auffällig	30.4	62.9	35.1
Verhaltensprobleme			
Unauffällig	58.0	47.1	42.1
Grenzwertig	13.0	11.4	7.0
Auffällig	29.0	41.4	50.9
Hyperaktivität			
Unauffällig	50.7	48.6	54.4
Grenzwertig	21.7	12.9	8.8
Auffällig	27.5	38.6	36.8
Probleme mit Gleichaltrigen			
Unauffällig	63.8	47.1	42.1
Grenzwertig	18.8	17.1	10.5
Auffällig	17.4	35.7	47.4
Prosoziales Verhalten			
Unauffällig	79.7	72.9	52.6
Grenzwertig	8.7	11.4	19.3
Auffällig	11.6	15.7	28.1

Bei Betrachtung der psychischen Auffälligkeiten lagen die höchsten Prozentzahlen psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher nach Angaben der Eltern und ihrer Kinder bei der Subskala „Emotionale Probleme“, bei den LehrerInnen bei „Verhaltensprobleme“. Im Bereich „Emotionale Probleme“ zeigten laut der Eltern über 75% zumindest Hinweise auf psychische Auffälligkeiten, bei den Lehrer waren es über 50%, bei den Kindern und Jugendlichen selbst noch weniger. Die Eltern schätzten mit bei dieser Subskala etwa genauso viele Kinder und Jugendliche als „auffällig“ ein wie die Kinder und Jugendlichen selbst als „unauffällig“. Bei den LehrerInnen fällt auf, dass bereits jedes/r fünfte Kind bzw. Jugendliche als „grenzwertig“ eingestuft wurde und somit mehr als jeder/s Zweite in die Kategorien „grenzwertig“ und „auffällig“ fiel. Hinsichtlich der Subskala „Hyperaktivität“ waren die Einschätzungen aller drei Informanten, was die Kategorie „unauffällig“ betrifft, von allen Subskalen am dichtesten beieinander. Ungefähr jeder/s Zweite wurde von allen als „unauffällig“ eingestuft. Bei der Einschätzung der LehrerInnen waren es mehr, bei der Einschätzung der Eltern weniger als 50%. Unter die Kategorie „grenzwertig“ fielen nach Angaben der Kinder und Jugendlichen jedoch weit mehr als bei den Eltern und LehrerInnen. Daraus folgt, dass laut der

Fremdeinschätzungen mehr Kinder und Jugendliche bereits psychische Auffälligkeiten aufwiesen als bei der Selbsteinschätzung. Die Eltern schätzten bei der Subskala „Probleme mit Gleichaltrigen“ im Gegensatz zu der Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen die doppelte Anzahl an Kindern und Jugendlichen als „auffällig“ ein. Überraschend war die Einschätzung der LehrerInnen, die ähnlich viele Kinder und Jugendliche als bereits „auffällig“ wie die Eltern als „unauffällig“ einschätzten.

Die Stärke des SDQ „Prosoziales Verhalten“ wurde von den Eltern und ihren Kinder ungefähr gleich stark bewertet, wobei sich mehr Kinder und Jugendliche als prosozial „unauffällig“ einschätzten als bei dem elterlichen Urteil. Die LehrerInnen dagegen schätzten weitaus mehr Kinder und Jugendliche als bereits „auffällig“ und „grenzwertig“ ein. Das bedeutet, dass laut Angaben der LehrerInnen ca. jedes/r zweite Kind/Jugendliche über ein nicht adäquates prosoziales Verhalten verfügt, nach Angaben der Eltern und ihrer Kinder waren es lediglich jeder Vierte, bzw. jeder Fünfte.

5.1.2. Auswertung FKS

Das folgende Kapitel beinhaltet die deskriptive Statistik des Fragebogens zum Familienklima, differenziert nach den einzelnen Informanten. Im nachfolgenden Abschnitt schließt sich die Darstellung der Korrelationen zwischen den Subskalen und der Gesamtskala an. Die Übereinstimmung der beiden Informanten wird bei der Auswertung der Fragestellung 1a analysiert und dargestellt.

Insgesamt haben 70 Eltern und 69 Kinder und Jugendliche den Fragebogen zum Familienklima ausgefüllt. Das ergab fehlende Werte von 5.4% (N=4) bei den Elternfragebögen und 6.8% (N=5) bei den Fragebögen der Kinder und Jugendlichen.

5.1.2.1. Das Familienklima aus der Sicht der Kinder und Jugendlichen und der Eltern

In Tabelle 6 sind deskriptive Kennwerte der Variablen des Familienklimas aufgeführt.

Tabelle 6: Einschätzung des Familienklimas, N=69 (Kind/Jugendlicher), N=70 (Eltern)

	Mittelwert		SD		Spannweite	
	Kind/ Jugendlicher	Eltern	Kind/ Jugendlicher	Eltern	Kind/ Jugendlicher	Eltern
Hohe Konfliktneigung	2.43	2.36	.66	.50	1.25-4.00	1.25-3.75
Wenig Offenheit	2.15	1.99	.61	.64	1.00-3.50	1.00-3.25
Wenig Zusammenhalt	2.19	2.22	.61	.53	1.00-3.50	1.00-3.17
Negativ-emotionales Familienklima	2.26	2.19	.53	.43	1.32-3.44	1.08-3.25

Wie schätzten die Kinder und Jugendlichen das Familienklima ein? Betrachtet man die Mittelwerte der einzelnen Skalen, so zeigt sich, dass der Aspekt „Hohe Konfliktneigung“ am höchsten eingestuft wurde. Die Subskalen „Wenig Offenheit“ und „Wenig Zusammenhalt“ wurden dagegen auf ähnlichem Niveau und wesentlich niedriger eingeschätzt.

In der Analyse beider Einschätzungen zeigt sich, dass die Kinder und Jugendlichen und ihre Eltern die Subskalen in der Beurteilung der Reihenfolge gleich einschätzten. Beide Informanten beurteilten die Subskala „Hohe Konfliktneigung“ am stärksten. Am geringsten wurde aus beiden Sichten der Aspekt „Wenig Offenheit“ angegeben. Dabei fiel die Einschätzung der Kinder und Jugendlichen jeweils negativer aus. Die „Kohäsion“ innerhalb der Familie wurde von beiden Informanten ähnlich eingestuft. Bezogen auf das Familienklima insgesamt („Negativ-emotionales Familienklima“), welches aus den Mittelwerten der drei Subskalen berechnet wird, beurteilten die Kinder und Jugendlichen das Klima innerhalb der Familie etwas schlechter als die Eltern.

5.1.2.2. Die Einschätzung des Familienklimas (Multiinformanten-Wert)

Zur Analyse der Fragestellungen und Überprüfung der Hypothesen wurden die Einschätzungen des Familienklimas anhand eines Multiinformanten-Wertes (Urteil der Kinder und Jugendlichen und das der Eltern) verwendet. Daher folgt an dieser Stelle die Mittelung der Einschätzungen der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern, die folgendermaßen aussieht:

Tabelle 7: Einschätzung des Familienklimas, Multiinformanten, N=74

	Mittelwert	SD	Range
Hohe Konfliktneigung	2.38	.48	1.31-3.75
Wenig Offenheit	2.06	.51	1.00-3.38
Wenig Zusammenhalt	2.20	.50	1.08-3.17
Negativ-emotionales Familienklima	2.21	.41	1.22-3.19

5.1.2.3. Korrelation der Skalen der FKS

Tabellen 8 und 9 zeigen die Korrelationen der Subskalen mit der Gesamtskala, sowie der Subskalen untereinander für die Kinder und Jugendlichen und ihre Eltern getrennt.

Tabelle 8: Korrelation der Skalen der FKS (Kind/Jugendlicher), N=69

	1	2	3
1 Hohe Konfliktneigung	-	-	-
2 Wenig Offenheit	.461**	-	-
3 Wenig Zusammenhalt	.676**	.530**	-
4 Negativ-emotionales Familienklima	.858**	.783**	.875**

** $p < .01$, * $p < .05$; zweiseitig getestet, Korrelationskoeffizient nach Pearson

Tabelle 9: Korrelation der Skalen der FKS (Eltern), N=70

	1	2	3
1 Hohe Konfliktneigung	-	-	-
2 Wenig Offenheit	.245*	-	-
3 Wenig Zusammenhalt	.532**	.403**	-
4 Negativ-emotionales Familienklima	.731**	.757**	.821**

** $p < .01$; * $p < .05$; zweiseitig getestet, Korrelationskoeffizient nach Pearson

Aus den Tabellen 8 und 9 wird ersichtlich, dass alle Subskalen, sowohl aus Sicht der Kinder und Jugendlichen als auch aus der Sicht der Eltern mit der Gesamtskala signifikant hoch korrelierten ($p < .01$). Der Aspekt „Wenig Zusammenhalt“ wies dabei sowohl bei den Kindern und Jugendlichen als auch bei den Eltern den stärksten Zusammenhang mit der Gesamtskala auf. Die geringsten Korrelationen bezogen auf die Gesamtskala gab es bei den Kindern

und Jugendlichen mit der Subskala „Wenig Offenheit“, bei den Eltern mit dem Aspekt „Hohe Konfliktneigung“. Ebenso waren alle Subskalen untereinander signifikant positiv assoziiert, bei den Fragebögen der Kinder und Jugendlichen war der Zusammenhang erneut stärker als bei den Elternfragebögen. Am geringsten korrelierte die Subskala „Wenig Offenheit“ mit „Hohe Konfliktneigung“, wobei die Korrelation bei den Einschätzungen der Eltern auf einem Niveau von $p < .05$ signifikant wurde. Die anderen Korrelationen waren alle auf einem Niveau von $p < .01$ signifikant.

Korrelation der Skalen im Multiinformantenansatz

Tabelle 10 zeigt die Zusammenhänge der Skalen im Multiinformantenansatz:

Tabelle 10: Korrelation der Skalen der FKS, Multiinformantenansatz, N=74

	1	2	3
1 Hohe Konfliktneigung			
2 Wenig Offenheit	.413**		
3 Wenig Zusammenhalt	.670**	.490**	
4 Negativ-emotionales Familienklima	.834**	.775**	.871**

** $p < .01$; * $p < .05$; zweiseitig getestet, Korrelationskoeffizient nach Pearson

5.1.3. Ergebnisse Fragestellung 1a und 1b

In den folgenden Kapiteln werden die Fragestellungen 1a und 1b bearbeitet, die sich auf die Übereinstimmung in der Einschätzung des Familienklimas beziehen.

5.1.3.1. Auswertung Fragestellung 1a

In wie weit und in welchen Aspekten stimmen die Kinder und Jugendlichen und ihre Eltern in der Beurteilung des Familienklimas überein?

Um die Übereinstimmung der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern in der Beurteilung des Familienklimas zu überprüfen, wurden bivariate Korrelationen nach Pearson für die drei Subskalen „Hohe Konfliktneigung“, „Wenig Zusammenhalt“ und „Wenig Offenheit“, sowie das Familienklima gesamt berechnet. Des Weiteren wurde ein t-Test für gepaarte Stichproben durchgeführt, um zu testen, ob die Unterschiede in den Mittelwerten signifikant waren.

Korrelationen der beiden Informanten

Die folgende Tabelle 11 zeigt die Korrelationen der beiden Informanten:

Tabelle 11: Korrelation der Eltern und ihrer Kinder bezogen auf das Familienklima, N=65

	Zusammenhalt	Offenheit	Konfliktneigung	Gesamtklima
Kind/Jugendlicher - Eltern	.545**	.321**	.372**	.503**

** $p < .01$, * $p < .05$; zweiseitig getestet, Korrelationskoeffizient nach Pearson

Die Übereinstimmungen der Eltern und ihrer Kinder in der Einschätzung des Familienklimas waren alle auf einem Niveau von $p < .01$ signifikant. Die höchste Übereinstimmung wurde dabei bei der Subskala „Wenig Zusammenhalt“ (mittlere Korrelation, vgl. Tabelle 2, Bühl, 2008) erreicht. Bei der Gesamtskala, die sich aus dem Mittelwert der drei Subskalen ergibt, zeigte sich ebenfalls eine mittlere Korrelation. Die Korrelation, die sich auf den Aspekt „Hohe Konfliktneigung“ bezog, lag etwas höher als die bei der Subskala „Wenig Offenheit“, wobei jedoch beide gering waren.

T-Test für gepaarte Stichproben

Tabelle 12 zeigt die Überprüfung von Mittelwertsunterschieden anhand eines t-Testes für gepaarte Stichproben:

Tabelle 12: t-Test für gepaarte Stichproben

	Eltern		Kind/ Jugendlicher		t	df	Signifikanz (zweiseitig)
Gepaarte Stich- probe	M	SD	M	SD			
Zusammenhalt	2.23	.54	2.20	.62	0.42	64	.675
Offenheit	2.00	.64	2.17	.61	-1.93	64	.058
Konfliktneigung	2.37	.51	2.45	.67	-1.02	64	.310
Gesamtklima	2.20	.44	2.28	.53	-1.27	64	.211

Bei Betrachtung des t-Testes ergaben sich sowohl bei der Gesamtskala als auch bei den Subskalen keine signifikanten Unterschiede zwischen der Einschätzung der Eltern und ihrer

Kinder. Bei der Subskala „Wenig Offenheit“ war der Unterschied marginal signifikant ($p=.058$).

5.1.3.2. Auswertung Fragestellung 1b

Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede in der Übereinstimmung der Kinder und Jugendlichen mit ihren Eltern hinsichtlich der Einschätzung des Familienklimas?

Um eventuelle Geschlechtsunterschiede in der Übereinstimmung der Kinder und Jugendlichen mit ihren Eltern aufzudecken, wird im Folgenden zunächst für die Jungen und Mädchen getrennt die Einschätzung des Familienklimas deskriptiv dargestellt. Zudem wurde mit einem t-Test für unabhängige Stichproben auf signifikante Unterschiede geprüft und anschließend geschlechtsspezifische Korrelationsanalysen durchgeführt, um die Übereinstimmung der Jungen, bzw. Mädchen mit ihren Eltern darzustellen. Die geschlechtsspezifische Einschätzung des Familienklimas dient dabei der Orientierung, bevor untersucht wird, ob die Einschätzungen der Mädchen und Jungen generell signifikant voneinander abweichen.

Geschlechtsspezifische Einschätzung des Familienklimas

Tabelle 13 zeigt Mittelwerte und Standardabweichungen der Einschätzung des Familienklimas, getrennt nach Geschlechtern.

Tabelle 13: Einschätzung des Familienklimas, M, SD, geschlechtsspezifisch

		N	M	SD
Hohe Konfliktneigung	männlich	38	2.47	0.68
	weiblich	31	2.39	0.12
Wenig Offenheit	männlich	38	2.15	0.64
	weiblich	31	2.15	0.57
Wenig Zusammenhalt	männlich	38	2.16	0.62
	weiblich	31	2.23	0.61
Negativ-emotionales Familienklima	männlich	38	2.26	0.55
	weiblich	31	2.26	0.51

Das Familienklima insgesamt wurde von den weiblichen und männlichen Teilnehmern sehr ähnlich eingestuft. Die Mädchen und Jungen beurteilten den Aspekt „Hohe Konfliktneigung“ am stärksten (die Jungen mehr als die Mädchen). Die Subskala „Wenig Zusammenhalt“ wurde schlechter eingeschätzt (von den Mädchen noch schlechter als von den Jungen) als die Subskala „Wenig Offenheit“, bei der sich für beide Geschlechter der gleiche Mittelwert ergab.

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen („Hohe Konfliktneigung“: $t(67)=.508$, $p=.613$; „Wenig Zusammenhalt“: $t(67)=-.467$, $p=.635$).

Geschlechtsspezifische Korrelationen

Um die Fragestellung 1b, in der es um die geschlechtsspezifische Übereinstimmung der Kinder und Jugendlichen mit ihren Eltern bezüglich der Einschätzung des Familienklimas geht, zu analysieren, wurden getrennte Korrelationen der Töchter und Söhne berechnet, welche in Tabelle 14 dargestellt sind.

Tabelle 14: Korrelation der Eltern und ihrer Kinder bezogen auf das Familienklima, geschlechtsspezifisch

	Zusammenhalt Eltern	Offenheit Eltern	Konfliktneigung Eltern	Emotionales Familienklima Eltern
Söhne	.522**	.445**	.463**	.577**
Töchter	.584**	.192	.235	.397*

** $p<.01$; * $p<.05$; zweiseitig getestet, Korrelationskoeffizient nach Pearson

Die Töchter stimmten mit ihren Eltern am besten in der Beurteilung des familiären Zusammenhaltes überein ($p<.01$), die Söhne dagegen erzielten die höchste Übereinstimmung bei der Gesamtskala. Die genannten Korrelationen sind nach Bühl (2008) als „mittel“ einzuschätzen. Die Söhne stimmten mit ihren Eltern in allen Subskalen auf einem Niveau von $p<.01$ signifikant überein. Bezüglich der Subskala „Zusammenhalt“ ist die Korrelation als „mittel“ einzustufen, die beiden anderen Subskalen erzielten bei den Jungen geringe Korrelationen. Die Übereinstimmung der Mädchen mit ihren Eltern hinsichtlich der Gesamtskala (geringe Korrelation) war auf einem Niveau von $p<.05$ signifikant. Bezogen auf die beiden anderen Subskalen „Offenheit“ (sehr geringe Korrelation) und „Konfliktneigung“ (geringe Korrelation) stimmten die Eltern und Töchter nicht signifikant überein.

Die Übereinstimmung der Eltern mit ihren Söhnen war somit höher als die mit den Töchtern.

T-Test für unabhängige Stichproben (Differenzwerte)

Um zu überprüfen, ob sich die Übereinstimmung von Eltern und Kindern in Abhängigkeit vom Geschlecht signifikant voneinander unterscheiden, wurden die Differenzen zwischen den Werten der Eltern und ihrer Kinder gebildet und mit einem t-Test für unabhängige Stichproben getestet. Die Differenzwerte wiesen bei allen Subskalen des Familienklimas sowie der Gesamtskala keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf:

($t(63) = -.714$ -.075, $p = .478$ -.940). Das bedeutet, dass die Übereinstimmung der Eltern mit ihren Söhnen zwar höher war als die mit ihren Töchtern, die Unterschiede jedoch keine Signifikanz aufwiesen.

5.2. Hypothesen-testender Teil

5.2.1. Ergebnisse Fragestellung 2

In den folgenden Abschnitten wird die Fragestellung 2 mit den dazugehörigen Hypothesen getestet, die sich auf Zusammenhänge zwischen dem SDQ und dem Familienklima beziehen.

In welchem Zusammenhang stehen anhand des SDQ eingeschätzte Stärken und Schwächen der psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen mit dem Familienklima insgesamt sowie einzelnen Aspekten des Familienklimas?

Die dazugehörige übergeordnete Hypothese lautet:

Hypothese 1: Es gibt Zusammenhänge zwischen Stärken und Schwächen und dem Familienklima insgesamt, sowie einzelnen Aspekten des Familienklimas.

Um einen Zusammenhang zwischen den durch die Eltern, Kinder und Jugendlichen und LehrerInnen eingeschätzten kindlichen bzw. jugendlichen Stärken und psychischen Auffälligkeiten mit dem Familienklima zu untersuchen, wurden Korrelationsanalysen nach Pearson durchgeführt. Dabei wurde sowohl beim SDQ als auch beim Familienklima der Multiinformanten-Wert verwendet. Bei dem Familienklima wurde demnach der Mittelwert aus den Einschätzungen der Kinder und Jugendlichen und ihren Eltern, beim SDQ der Mittelwert von mindestens zwei der drei Einschätzungen (Kinder und Jugendliche, Eltern, LehrerInnen) herangezogen. Da alle Hypothesen gerichtet sind, wurde ein einseitiges Signifikanzniveau angenommen.

Zusätzlich wurden die Einschätzungen der Kinder und Jugendlichen und der Eltern separat analysiert, da Unterschiede durch die verschiedenen Perspektiven zustande kommen können. Das heißt, dass bei den Kindern und Jugendlichen die SDQ-Selbstversion und die Familienklimaskalen aus deren Einschätzung verwendet wurden. Bei den Eltern wurden die jeweiligen Elterneinschätzungen genutzt.

Im Folgenden werden die Hypothesen noch einmal aufgeführt und anschließend auf ihre Gültigkeit hin überprüft.

Hypothese 1a: Ein insgesamt positives Familienklima ist assoziiert mit einem guten „Prosozialem Verhalten“ der Kinder und Jugendlichen.

Das Familienklima gesamt korrelierte negativ mit der Skala „Prosoziales Verhalten“ des SDQ mit einem Korrelationsquotienten von $r = -.241$ auf einem Signifikanzniveau von $p < .05$. Ein „Negativ-emotionales Familienklima“ war negativ assoziiert mit der Verhaltensstärke „Prosoziales Verhalten“. Das bedeutet, je negativer das Familienklima eingeschätzt wurde, desto schlechter wurde das „Prosoziale Verhalten“ des Kindes oder Jugendlichen beurteilt. Daraus folgt, dass ein insgesamt positives Familienklima signifikant mit einem guten „Prosozialem Verhalten“ der Kinder und Jugendlichen zusammenhängt. Hypothese 1a kann somit angenommen werden.

Bei separater Betrachtung der elterlichen sowie kindlichen bzw. jugendlichen Einschätzungen ergaben sich ebenfalls signifikante Assoziationen zwischen dem Familienklima und dem „Prosozialem Verhalten“ ($r = -.273 / -.223$, $p < .05$, einseitig getestet). Hypothese 1a kann auch bei separater Betrachtung der Sichtweisen angenommen werden.

Hypothese 1b: Ein insgesamt negatives Familienklima ist assoziiert mit einem hohen Gesamtproblemwert im SDQ.

Der Korrelationskoeffizient zwischen dem „Negativ-emotionalen Familienklima“ und dem Gesamtproblemwert im SDQ war mit $r = .305$ auf einem Niveau von $p < .01$ signifikant. Ein insgesamt negatives Familienklima war demzufolge assoziiert mit einem hohen Gesamtproblemwert im SDQ. Das heißt, je negativer das Familienklima eingeschätzt wurde, desto höher war die Symptombelastung der Kinder und Jugendlichen insgesamt. Die Hypothese 1b kann also bestätigt werden.

Auch bei separater Analyse der elterlichen und kindlichen bzw. jugendlichen Einschätzungen ergaben sich signifikante Zusammenhänge zwischen dem Familienklima insgesamt und dem Gesamtproblemwert im SDQ. Der Zusammenhang war mit $r = .366$ ($p < .01$) bei den Eltern deutlicher als bei den Kindern und Jugendlichen ($r = .248$, $p < .05$). Die Hypothese 1b kann auch bei separater Analyse der Sichtweisen bestätigt werden.

Hypothese 1c: „Hohe Kohäsion“ innerhalb der Familie ist negativ assoziiert mit „Verhaltensproblemen“, „Hyperaktivität“ und „Problemen mit Gleichaltrigen“.

Der Aspekt „Kohäsion“ in der Familie war nicht signifikant assoziiert mit den Subskalen „Verhaltensprobleme“ ($r = .162$, $p = .094$) und „Hyperaktivität“ ($r = .172$, $p = .081$). Eine signifikante Assoziation mit dem Aspekt „Kohäsion“ innerhalb der Familie bestand jedoch zu „Probleme

mit Gleichaltrigen“ ($r=.222$, $p<.05$). Je weniger kohäsiv das Familienklima eingeschätzt wurde, umso mehr „Probleme mit Gleichaltrigen“ traten auf. Es bestanden nach Einschätzung der Multiinformanten keine Zusammenhänge zwischen „Kohäsion“ innerhalb der Familie und den Subskalen „Verhaltensprobleme“ und „Hyperaktivität“. Die Hypothese 1c kann somit partiell für die Subskala „Probleme mit Gleichaltrigen“ bestätigt werden.

Betrachtet man zusätzlich nur die elterliche Einschätzung, bestanden keine Assoziationen zwischen „Kohäsion“ innerhalb der Familie und „Hyperaktivität“ ($r=.097$, $p=.213$), „Verhaltensproblemen“ ($r=.076$, $p=.266$) sowie „Problemen mit Gleichaltrigen“ ($r=.103$, $p=.197$). Aus der Sicht der Eltern kann die Hypothese 1c nicht angenommen werden.

Bei separater Betrachtung der Einschätzung aus kindlicher bzw. jugendlicher Sicht bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen „Kohäsion“ und „Problemen mit Gleichaltrigen“ ($r=.311$) sowie „Verhaltensproblemen“ (von $r=.293$) bei einem einseitigen Signifikanzniveau von $p<.01$. Das bedeutet, je weniger kohäsiv das Kind oder der Jugendliche das Familienklima bewertete, umso mehr „Probleme mit Gleichaltrigen“ sowie „Verhaltensprobleme“ hatte das Kind oder der Jugendliche aus eigener Sicht. Zwischen „Kohäsion“ und „Hyperaktivität“ bestand gemäß der Selbsteinschätzung kein Zusammenhang ($r=.111$, $p=.183$). Testet man die aufgestellte Hypothese separat aus der eigenen Perspektive des Kindes oder Jugendlichen, kann die Hypothese 1c partiell für zwei Subskalen des SDQ angenommen werden.

Hypothese 1d: „Hohe Konfliktneigung“ innerhalb der Familie ist positiv mit allen Problembereichen im SDQ und einem hohen Gesamtproblemwert assoziiert.

Tabelle 15 zeigt die Korrelationsquotienten der Problembereiche der Kinder und Jugendlichen mit dem Aspekt „Hohe Konfliktneigung“ des Familienklimas.

Tabelle 15: Zusammenhänge Problembereiche (SDQ) und „Hohe Konfliktneigung“ (FKS), Multiinformanten

	Hohe Konfliktneigung
Emotionale Probleme	-.069
Verhaltensprobleme	.210*
Hyperaktivität	.194
Probleme mit Gleichaltrigen	.229*
Gesamtproblemwert	.217*

** $p<.01$, * $p<.05$, einseitig getestet, Korrelationskoeffizient nach Pearson

Bei Betrachtung von Tabelle 15 fällt auf, dass schwache signifikante Zusammenhänge zwischen dem Aspekt „Hohe Konfliktneigung“ mit den Bereichen „Verhaltensprobleme“ und „Probleme mit Gleichaltrigen“ sowie dem Gesamtproblemwert bestehen ($p < .05$). Die Zusammenhänge waren am stärksten für den Bereich „Probleme mit Gleichaltrigen“ und am schwächsten für den Bereich „Verhaltensprobleme“. Je konflikthafter das Familienklima eingeschätzt wurde, umso höher war die Symptombelastung der Kinder und Jugendlichen insgesamt und umso höher schätzten die Befragten die Bereiche „Verhaltensprobleme“ und „Probleme mit Gleichaltrigen“ ein. Zwischen den Subskalen „Emotionale Probleme“ und „Hyperaktivität“ bestand kein signifikanter Zusammenhang mit dem Aspekt „Hohe Konfliktneigung“. Die Hypothese 1d kann damit nur partiell bestätigt werden.

Bei Betrachtung der elterlichen Einschätzung fanden sich signifikante positive Zusammenhänge zwischen dem Aspekt „Hohe Konfliktneigung“ und den Subskalen „Hyperaktivität“ ($r = .253$) und „Probleme mit Gleichaltrigen“ ($r = .254$) auf einem Signifikanzniveau von $p < .05$ sowie zu der Subskala „Verhaltensprobleme“ ($r = .299$) und dem Gesamtproblemwert ($r = .344$) auf einem Signifikanzniveau von $p < .01$. Zwischen „Hohe Konfliktneigung“ und „Emotionale Probleme“ fand sich kein Zusammenhang ($r = .098$, $p = .209$). Je konflikthafter das Familienklima durch die Eltern eingeschätzt wurde, umso auffälliger schätzten die Eltern die Kinder und Jugendlichen insgesamt und die Bereiche, die externalisierende Störungen repräsentieren, ein. Die Hypothese 1d kann nach Angaben der Eltern für die externalisierenden Probleme angenommen werden. Für die internalisierenden Probleme („Emotionale Probleme“) muss sie jedoch abgelehnt werden.

Bei der kindlichen bzw. jugendlichen Einschätzung fand sich lediglich zwischen „Verhaltensproblemen“ und „Hohe Konfliktneigung“ ein signifikanter positiver Zusammenhang ($r = .267$, $p < .05$). Die übrigen Skalen zeigten keine Zusammenhänge („Emotionale Probleme“ $r = -.104$, $p = .197$; „Hyperaktivität“ $r = -.053$, $p = .333$; „Probleme mit Gleichaltrigen“ $r = .162$, $p = .092$; Gesamtproblemwert $r = .076$, $p = .267$). Die Hypothese 1d kann aus der Sicht der Kinder und Jugendlichen nur für den Bereich „Verhaltensprobleme“ angenommen werden.

Hypothese 2: „Niedrige Kohäsion“ innerhalb der Familie ist positiv mit „Hoher Konfliktneigung“ assoziiert.

Die Korrelation der beiden Skalen war mit $r = .670$ ($p < .001$) signifikant (Multiinformantenansatz). Je weniger kohäsiv das Familienklima eingeschätzt wurde, desto konflikthafter wurde es wahrgenommen. Die Hypothese 2 kann angenommen werden.

Die Kinder und Jugendlichen beurteilten die Zusammenhänge zwischen „Kohäsion“ und „Konfliktneigung“ ($r = .676$) stärker als ihre Eltern ($r = .532$). Die Korrelationen waren auf einem

Niveau von $p < .01$ signifikant. Die Hypothese 2 kann auch bei separater Betrachtung der Sichtweisen bestätigt werden.

5.3. Explorativer Teil: Weiter führende Analysen

5.3.1. Weitere Zusammenhänge zwischen dem SDQ und dem Familienklima

An dieser Stelle folgen weitere Analysen zu Zusammenhängen zwischen Stärken und Schwächen der Kinder und Jugendlichen und dem Familienklima. Hierbei wurden zweiseitige Korrelationsanalysen anhand des Multiinformanten-Wertes ($N=68$) durchgeführt, die sich auf die Problemskalen des SDQ und die Subskala „Offenheit“ des Familienklimas beziehen. Die Untersuchungen erfolgen rein explorativ, da zu der Subskala „Offenheit“ keine Hypothese formuliert worden war.

Der Aspekt „Wenig Offenheit“ korrelierte signifikant mit den Subskalen „Verhaltensprobleme“ ($r=.291$) und „Probleme mit Gleichaltrigen“ ($r=.250$) auf einem Niveau von $p < .05$ sowie mit dem Gesamtproblemwert im SDQ ($r=.314$) auf einem Signifikanzniveau von $p < .01$. Das bedeutet, je weniger offen das Klima innerhalb der Familie eingeschätzt wurde, desto mehr Auffälligkeiten gab es in den Bereichen „Verhaltensprobleme“ und „Probleme mit Gleichaltrigen“. Außerdem erreichten die Kinder und Jugendlichen, je weniger offen das Familienklima war, einen umso höheren Gesamtproblemwert im SDQ.

Betrachtet man die Einschätzung der Multiinformanten, kann festgehalten werden, dass Zusammenhänge zwischen dem Familienklima gesamt sowie dem Aspekt „Wenig Offenheit“ und Schwächen der Kinder und Jugendlichen bestanden.

5.3.2. Zusammenhänge zwischen demographischen Daten und dem SDQ

Um mögliche Zusammenhänge zwischen der Familiensituation und Problemen der Kinder und Jugendlichen zu identifizieren, wurden Korrelationsanalysen nach Spearman durchgeführt.

Es fanden sich signifikante negative Zusammenhänge zwischen dem Schulabschluss des Vaters mit den Subskalen „Verhaltensprobleme“ ($r=-.366$), „Hyperaktivität“ ($r=-.412$) und „Probleme mit Gleichaltrigen“ ($r=-.503$) sowie dem SDQ Gesamtproblemwert der Kinder und Jugendlichen ($r=-.482$) in der Einschätzung der Multiinformanten auf einem Signifikanzniveau von $p < .01$ (Ausnahme „Verhaltensprobleme“: $p < .05$). Das bedeutet, je höher der Schulabschluss des Vaters war, desto niedriger lag der Punktwert im SDQ für die Problembereiche „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“, „Probleme mit Gleichaltrigen“ und der Gesamtskala.

Zwischen dem Schulabschluss der Mutter und kindlichen bzw. jugendlichen Problemen gab es keine Zusammenhänge. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass in über einem Drittel die Angaben der Väter bezüglich des Schulabschlusses fehlten. Der Schulabschluss der Eltern untereinander korrelierte dabei mit $r=.537$ auf einem Signifikanzniveau von $p<.01$. Demnach bestand ein Zusammenhang zwischen dem Bildungsgrad von Vater und Mutter.

Die Bereiche „Verhaltensprobleme“ und „Hyperaktivität“ sowie der Gesamtproblemwert, die in Tabelle 16 dargestellt werden, hingen signifikant negativ mit dem Beschäftigungsgrad der Eltern zusammen.

Tabelle 16: Zusammenhänge Problembereiche (SDQ) und Berufstätigkeit der Eltern

Berufstätigkeit	Verhaltensprobleme	Hyperaktivität	Gesamtproblemwert
Mutter	-.250*	-.358**	-.254*
Vater	-.361*	-.325*	-.385**

* $p<.05$, ** $p<.01$; zweiseitig getestet, Korrelation nach Spearman

Dabei wurden die Variablen dichotomisiert (0=arbeitslos, 1=arbeitstätig) verwendet.

Daraus folgt: Kinder und Jugendliche mit arbeitslosen Eltern hatten häufiger externalisierende Probleme wie „Verhaltensprobleme“ und „Hyperaktivität“ sowie psychische Probleme insgesamt als Kinder und Jugendliche mit arbeitstätigen Eltern.

6. DISKUSSION

Den Schwerpunkt dieser Arbeit bildete zum einen der Vergleich zwischen den Einschätzungen von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen und den Einschätzungen ihrer Eltern hinsichtlich des Familienklimas. Weiter wurde untersucht, inwieweit es Zusammenhänge zwischen der durch Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern und LehrerInnen eingeschätzten Stärken und Schwächen und dem Familienklima gab.

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Diskussion der Ergebnisse. Dabei wird zunächst auf die Besonderheiten der vorliegenden Stichprobe und die Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen eingegangen. Anschließend werden die Ergebnisse der Fragestellungen und Hypothesen-Testung sowie der zusätzlichen Analysen zusammenfassend dargestellt und in den theoretischen Kontext eingeordnet. Am Ende der Arbeit wird auf die Problematik, die aus den Methoden der Untersuchung resultieren und die Stärken der Studie, eingegangen.

6.1. Besonderheiten der Stichprobe

Auffällig bei der Stichprobe war, dass die Mehrzahl der Elternfragebögen nur von der Mutter ausgefüllt wurde, welches vorrangig daran lag, dass die Kinder und Jugendlichen überwiegend mit der Mutter in einem Haushalt lebten. Keines der Kinder oder Jugendlichen wohnte bei dem Vater alleine. Auffallend war weiterhin die beträchtliche Anzahl fehlender Angaben über die Väter der Probanden (ca. ein Drittel). Die Mütter erteilten bezüglich der Väter oftmals keine Auskunft mit der Begründung, keinen Kontakt zu ihnen zu haben oder zogen einen Strich über alle Fragen ohne einen Grund dafür zu nennen. Ein schlechtes Verhältnis der Mutter zu dem Kindesvater könnte die Ursache sein, dass Angaben im Sinne einer Verdrängung der Situation nicht gemacht wurden. So rückt der Kindesvater in den Hintergrund und die Mutter stellt sich dadurch in den Vordergrund.

Erkenntnisse darüber, ob Angaben zur schulischen und beruflichen Laufbahn der Väter absichtlich nicht gemacht wurden oder ob die Mütter wirklich nicht mehr darüber wussten, sind nicht ersichtlich. Die Beziehung der Eltern zueinander spielt eine entscheidende Rolle bei psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen (Cummings, 1994; Kelly, 2000).

Die Stichprobe zeigt außerdem, dass die Mütter der untersuchten Kinder und Jugendlichen mehr als doppelt so häufig arbeitslos waren als die Väter. Dagegen arbeiteten über drei Viertel der Väter in Vollzeit, die Mütter dagegen nur zu unter einem Drittel. Es wird erkennbar, dass die konservative Rollenverteilung auch hier ihre Gültigkeit hat.

Bei separater Betrachtung des Geschlechtes der Probanden zeigte sich hinsichtlich der Arbeitslosigkeit der Eltern der überraschende Befund, dass Arbeitslosigkeit der Mutter bei Söhnen und Töchtern nicht gleich häufig vorkam. Die Eltern (vor allem die Mütter) der untersuchten Töchter befanden sich häufiger in einem festen Arbeitsverhältnis als die der Söhne. Ob diese Arbeitsverhältnisse bereits vor der Erkrankung des Kindes oder Jugendlichen bestanden haben oder die Erkrankung als Ursache dieser angesehen werden kann, ist nicht bekannt.

Hier wäre es in einer weiteren Studie interessant zu untersuchen, ob es einen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit der Eltern und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung des Geschlechtes gibt.

6.2. Selbsteinschätzung versus Fremdeinschätzung

Bei der Auswertung des SDQ fiel auf, dass sich die Kinder und Jugendlichen in der Selbsteinschätzung in allen Problembereichen als weniger „auffällig“ beurteilten als sie in den Fremdeinschätzungen durch die Eltern bzw. LehrerInnen eingestuft wurden. Kinder und Jugendliche schienen nur zum Teil über ihre Probleme Auskunft geben zu wollen, bzw. sich dieser nur teilweise bewusst zu sein (van Widenfelt et al., 2003). Möglicherweise tendierten die Kinder und Jugendlichen bei ihren Antworten zur mittleren Lösung, da sie sich mehr an ihrem Wunschdenken als an der gegenwärtigen Gesamtsituation orientierten. Auch bei der KiGGS-Studie fielen die Angaben der Eltern über psychische Auffälligkeiten von 11 bis 17-Jährigen insgesamt negativer aus als die der Kinder und Jugendlichen. Nach der Einschätzung der Eltern fielen 28% der Kinder und Jugendlichen in mindestens einer Subskala des SDQ in die Kategorie „auffällig“, bei der Selbsteinschätzung waren es lediglich 17% (KiGGS-Ergebnisbroschüre, 2006, <http://www.kiggs.de>).

In der Selbsteinschätzung wurde die Stärke „Prosoziales Verhalten“ im Gegensatz zu den anderen beiden Einschätzungen sehr hoch bewertet. Die Beurteilung dieser Subskala durch die LehrerInnen fiel noch negativer aus als die Bewertung durch die Eltern. Das liegt vermutlich daran, dass die drei Informanten jeweils verschiedene Perspektiven einnehmen und die LehrerInnen die Kinder und Jugendlichen in einem anderen Kontext (Schule) sehen und so mehr Vergleichsmöglichkeiten haben als die Eltern. Die Kinder und Jugendliche zeigen sich Familienmitgliedern und engen Freunden gegenüber eventuell z.B. hilfsbereiter und freundlicher als sie das in der Schule gegenüber Klassenkameraden tun. Die Items zu den Stärken sind positiv formuliert und in der Selbstbeurteilung ist es sicher einfacher, Stärken anzuerkennen, als Schwächen einzugestehen. Den Kindern und Jugendlichen wurden Werte wie

Hilfsbereitschaft von ihren Eltern vermittelt. Diese zu bestätigen kann auch in gewissem Ausmaß der sozialen Erwünschtheit entsprechen.

Besonders der Bereich „Probleme mit Gleichaltrigen“ könnte laut Stone et al. (2010) unterschiedliche Einschätzungen der Informanten begünstigen, da die Kinder und Jugendlichen selbst als „Insider“ Bestandteil der Gruppe sind und die Eltern und LehrerInnen als „Outsider“ lediglich von außen die Probleme betrachten können. Das zeigte sich auch in der vorliegenden Studie: Die Kinder und Jugendlichen bewerteten diese Subskala am wenigsten stark, die LehrerInnen dagegen stuften noch mehr Kinder und Jugendliche als „auffällig“ ein als die Eltern.

Ein nicht zu vernachlässigender Aspekt ist der, dass die Kinder und Jugendlichen sich aufgrund ihres Krankenhausaufenthaltes bzw. ihres aktuellen psychischen Zustandes in einer emotional belasteten Situation befanden. So könnten Angaben, auch bezüglich des Familienklimas, durch das momentane Umfeld und die aktuelle psychische Situation beeinflusst worden sein.

6.3. Fragestellung 1a: Einschätzung des Familienklimas

Die befragten Eltern und ihre Kinder schätzten das Familienklima anhand der Beziehungsdimension der Familienklimaskalen von Schneewind (1987) ein. Diese Einschätzungen wurden einander gegenübergestellt. Dabei wurden zwischen den beiden Einschätzungen, bezogen auf die Gesamtskala und die Subskala „Kohäsion“, mittlere Korrelationen nach Bühl (2008) erreicht. Bei den beiden anderen Subskalen „Offenheit“ und „Konfliktneigung“ waren die Korrelationen gering. Die Unterschiede zwischen den Mittelwerten der beiden Informanten waren aber nicht signifikant. Nur bei der Subskala „Offenheit“ deutete sich eine Tendenz zur Signifikanz an. Bei der Einschätzung dieses Aspektes unterschieden sich demnach die Meinungen der Eltern und ihrer Kinder am deutlichsten. Der Aspekt „Offenheit“ wird in der Diskussion über die geschlechtsspezifischen Korrelationen in Kapitel 6.4. noch genauer betrachtet.

Daraus folgt, dass die Übereinstimmung zwischen den Eltern und ihren Kindern in der Beurteilung des Familienklimas zwar nicht besonders hoch waren, jedoch keine signifikanten Differenzen aufwiesen.

Die einzig bestehende Studie, die die Übereinstimmung von Eltern und ihren Kindern in der Beurteilung des Familienklimas untersuchte, kam zu anderen Ergebnissen (Murphy, 2002). In der Einschätzung des Aspektes „Konfliktneigung“ gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Eltern und ihren Kindern, die Subskala „Kohäsion“ jedoch wurde von den El-

tern signifikant höher bewertet als von ihren Kindern. Allerdings handelte es sich um eine Normalstichprobe mit wesentlich älteren Teilnehmern (ab 18 Jahren). Zudem wurden nur die Aspekte „Konfliktneigung“ und „Kohäsion“ untersucht und abweichend vom Original Familienklima-Fragebogen und somit auch von der vorliegenden Studie waren nur die beiden Antworten „Richtig“ oder „Falsch“ möglich.

6.4. Fragestellung 1b: Geschlechtsspezifische Übereinstimmung hinsichtlich des Familienklimas

Zwischen den Mädchen und Jungen der Stichprobe fanden sich in der Einschätzung des Familienklimas keine signifikanten Unterschiede.

Dennoch war die Übereinstimmung der Eltern, wenn auch nicht signifikant, mit ihren Söhnen besser als mit ihren Töchtern, was vor allem die Subskalen „Offenheit“ und „Konfliktneigung“ betraf. Hier stellte sich folgende Frage: Wieso stimmten die Töchter bei diesen Aspekten schlechter mit ihren Eltern überein als die Söhne?

Diese Frage lässt sich teilweise beantworten, wenn man das Alter der Probanden in der Stichprobe betrachtet. Die Mädchen waren mit einem Durchschnittsalter von 14.25 Jahren älter als die Jungen mit 12.71 Jahren. So war der Anteil der weiblichen Jugendlichen in der Stichprobe wesentlich höher als der der männlichen Jugendlichen. Die männlichen Probanden lagen mehrheitlich im Kindesalter. Mädchen befinden sich in diesem Alter mitten in der Pubertät und damit in einem Ablösungsprozess von ihren Eltern, in besonderem Maße von ihren Müttern. Ihre Probleme und Meinungen sind daher vermutlich eher häufig konträr zu denen ihrer Eltern. Pubertierende Töchter stellen sich häufiger gegen die Anschauung und Meinung ihrer Eltern als Söhne, besonders den Aspekt der Konflikte betreffend. Bei Jungen treten Konflikte mit ihren Eltern seltener auf und sind für sie vermutlich weniger bedeutsam.

Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede bezogen auf Konflikte mit den Eltern beschrieben auch Titze et al. (2005). In einer Studie über die Elternbeziehungen aus der Sicht der Kinder und Jugendlichen mit 10- bis 18-Jährigen gaben die Mädchen mehr Konflikte mit beiden Eltern, besonders mit der Mutter an, als die Jungen. Mit zunehmendem Alter erhöhte sich das Ausmaß der Konflikte der Mädchen mit beiden Eltern signifikant. Zudem neigten Mädchen im Vergleich zu Jungen dazu, Probleme mit ihren Eltern zu kommunizieren.

Die schlechtere Übereinstimmung der Mädchen mit ihren Eltern im Aspekt „Offenheit“ könnte mit den Items zusammenhängen, die abgefragt werden. Drei der vier Items beziehen sich auf freie Gefühls- und Meinungsäußerung. Während der Pubertät sind es eher die Mädchen, die sich in ihrer Denkweise und in ihrem Verhalten von den Eltern bewusst abgrenzen wol-

len. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass die Mehrheit der Mädchen dieser Stichprobe an einer internalisierenden oder kombinierten Störung litt.

Die separate Einschätzung der Väter war zu wenig aussagekräftig, da eine Einzelbeurteilung durch die Väter kaum vorhanden war. Dabei könnte eine Rolle gespielt haben, dass in keinem Fall ein Kind oder Jugendlicher mit dem Vater alleine wohnte. Es könnte demzufolge auch die Gleichgeschlechtlichkeit (Mutter-Tochter) einen negativen Einfluss auf die Übereinstimmung bezüglich des Familienklimas gehabt haben. Das vorwiegend durch die Mütter eingeschätzte Familienklima macht einen Vergleich zwischen den geschlechtsspezifischen Elterneinschätzungen schwierig.

Ein Hinweis, dass weibliche Jugendliche eine schlechtere Beziehung zu ihren Eltern haben als männliche Jugendliche, findet sich in der Literatur bei Titze et al. (2005). Die Mädchen gaben an, signifikant mehr Ablehnung und Gleichgültigkeit von ihren Müttern zu erfahren als die Jungen. Insbesondere in der Pubertät erlebten die weiblichen Jugendlichen die Beziehung zu ihren Eltern als belastender als männliche Jugendliche.

6.5. Fragestellung 2 und Hypothesen

Dieses Kapitel widmet sich der Diskussion der Ergebnisse der Hypothesen, die sich auf Zusammenhänge des Familienklimas mit Stärken und Schwächen der Kinder und Jugendlichen beziehen. Wichtig ist dabei zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse sich auf eine querschnittliche Datenauswertung beziehen und somit keine Entscheidung über die Richtung der Zusammenhänge getroffen werden kann. Es bleibt also offen, ob Kinder und Jugendliche aus Familien in denen ein negatives Familienklima herrschte, aus diesem Grund psychische Auffälligkeiten entwickelt haben, da das belastete familiäre Umfeld für die Entwicklung nicht förderlich war oder, ob die Auffälligkeiten des Kindes und Jugendlichen selbst die Familie belastet und damit zu einem negativeren Familienklima geführt haben.

Die Hypothese 1a, die einen Zusammenhang zwischen dem Familienklima insgesamt und einem guten „Prosozialem Verhalten“ vorhersagt, konnte bestätigt werden. Eine positive Assoziation zwischen einem positiven Familienumfeld und altruistischem Handeln ließ sich auch bei Ma (2003ab) finden. Situ et al. (2010) konnten dies für den Aspekt „Kohäsion“ bestätigen.

Das Ergebnis der Hypothese 1b, in der ein insgesamt negatives Familienklima mit einem hohen Gesamtproblemwert assoziiert ist, entspricht den Angaben in der Literatur. Der SDQ Gesamtproblemwert setzt sich aus vier verschiedenen Problembereichen zusammen. Das Familienklima wurde anhand der Aspekte „Hohe Konfliktneigung“, „Wenig Zusammenhalt“ und „Wenig Offenheit“ beurteilt. Die Literatur besagt, dass ein insgesamt ungünstiges Fami-

lieklima die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen begünstigt (Belardinelli et al., 2007; Garber und Horowitz, 2002; George et al., 2006; Georgiou und Stavriniades, 2008; Gunther et al., 2003; Ogburn et al., 2010; Ravens-Sieberer, 2008; Slee, 1996).

Hypothese 1c resultierte aus den Ergebnissen verschiedener Studien (George et al., 2006; Georgiou und Stavriniades, 2008; Halpern, 2004; Lucia und Breslau, 2006; Slee, 1996), nach denen eine hohe Kohäsion innerhalb der Familie zu einem insgesamt positivem Familienklima dazugehört und das Auftreten psychischer Auffälligkeiten (speziell externalisierender Störungen) verhindern oder Störungen abmildern kann. Die Hypothese sagt einen negativen Zusammenhang zwischen der Subskala „Kohäsion“ und den Bereichen „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“ sowie „Problemen mit Gleichaltrigen“ voraus, konnte aber nur für den zuletzt genannten Problembereich angenommen werden. Die Ablehnung der Hypothese für die Bereiche „Verhaltensprobleme“ und „Hyperaktivität“ entspricht den Ergebnissen von Stadelmann et al. (2007).

Bei den angegebenen Studien waren die Kinder und Jugendlichen wesentlich jünger (drei bis zwölf Jahre) als in der vorgelegten Studie, was auch zur Folge hatte, dass das Familienklima und häufig auch die psychischen Auffälligkeiten nur durch die Eltern eingeschätzt wurden. Lucia und Breslau (2006) kamen zu dem Ergebnis, dass das Familienklima laut Elternurteil einen größeren Einfluss auf jüngere Kinder ausübt als auf ältere Kinder. In der vorliegenden Studie beurteilten nicht nur die Eltern, sondern die Kinder und Jugendlichen bereits ab dem Alter von acht Jahren auch selbst ihre psychischen Auffälligkeiten sowie das Familienklima. Auch fehlt bei der vorliegenden rein klinischen Stichprobe die derzeitige Nähe zu der Familie. Der Aspekt „Kohäsion“ konnte demnach schlechter beurteilt werden. Nur in den Studien von Georgiou und Stavriniades (2008) und Slee (1996) wurden psychisch auffällige Kinder mit einbezogen und das Familienklima wurde von den Eltern als weniger kohäsiv eingeschätzt.

Bei separater Betrachtung der Einschätzung aus der eigenen Perspektive bestand zusätzlich ein signifikanter geringer Zusammenhang zwischen den Aspekten „Kohäsion“ und „Verhaltensproblemen“. „Verhaltensprobleme“ wurden in der Selbsteinschätzung weniger stark beurteilt als aus den beiden Fremdsichten (siehe Kapitel 6.2.).

Aus der Sicht der Eltern kann die Hypothese 1c für keinen Bereich angenommen werden. Dies entspricht der Studie von Stadelmann et al. (2007), bei der sich die Angaben auch nur auf die Einschätzungen der Eltern bezogen haben. In dieser längsschnittlichen Studie mit 153 Kindern in einem Alter von fünf und sechs Jahren, konnte keine signifikante Assoziation von Kohäsion mit Verhaltensproblemen und Hyperaktivität gefunden werden.

Der Zusammenhang zwischen familiären Konflikten und dem Auftreten psychischer Störungen ist Gegenstand der Hypothese 1d. Aufgrund der Ergebnisse verschiedener Studien (z. B. Cox und Brooks-Gunn, 1999; George et al., 2006; Georgiou und Stavrinides, 2008; Lucia und Breslau, 2006; Ravens-Sieberer, 2008; Slee, 1996; Stadelmann et al., 2007) war zu erwarten, dass eine hohe Konfliktneigung positiv mit psychischen Störungen der Kinder und Jugendlichen assoziiert ist. Diese Zusammenhänge konnten für die Subskalen „Verhaltensprobleme“, „Probleme mit Gleichaltrigen“ und den Gesamtproblembereich bestätigt werden. In der vorliegenden Studie konnten allerdings im Multiinformantenansatz keine Zusammenhänge von „Konfliktneigung“ innerhalb der Familie und „Hyperaktivität“ sowie „Emotionalen Problemen“ gefunden werden. Zu berücksichtigen ist wiederum das jüngere Alter der Probanden der vorgestellten Studien (z.B. fünf und sechs Jahre bei Stadelmann et al., 2007).

Eine mögliche Erklärung liefert die Studie von George et al. (2006), wonach ADHS-Symptome nicht signifikant zur Vorhersage von Familienklimaaspekten beitrugen. Dieses Ergebnis stimmt mit der Feststellung von Barkley und Murphy (2006) überein, die sagten, dass Familien nicht ADHS verursachen, sondern stattdessen die Komorbidität beeinflussen.

In der vorliegenden Studie fanden sich keine Zusammenhänge zwischen „Konfliktneigung“ innerhalb der Familie und dem Problembereich „Emotionale Probleme“ als internalisierende Störung. Studien von Cummings (1994), Garber und Horowitz (2002), George et al. (2006), Kelly (2000), Lucia und Breslau (2006), Ogburn et al. (2010) und Stadelmann et al. (2007) dagegen bestätigten die Hypothese bezüglich dieses Zusammenhanges.

Mögliche Erklärungen könnten dabei das jüngere Durchschnittsalter der Probanden der Stichproben und ein längsschnittliches Studiendesign einiger genannter Studien (z.B. Lucia und Breslau, 2006; Stadelmann et al., 2007) liefern. Demzufolge konnte das Familienklima auch nur durch die Eltern eingeschätzt werden. Zudem wurde häufig nur eine bestimmte und spezielle Störung wie z.B. die Depressionen (Garber und Horowitz, 2002; George et al., 2006; Ogburn et al., 2010) zugrunde gelegt. In der vorliegenden Studie wurde mit dem Aspekt „Emotionale Probleme“ ein breiterer Rahmen untersucht. Cummings (1994) und Kelly (2000) nannten vor allem Ehekonflikte, wenn sie von familiären Konflikten sprachen. In der vorliegenden Studie wurden Konflikte allgemein und nicht elterliche Konflikte im Speziellen untersucht. Halpern (2004) fand in seiner Studie mit 58 Kindern zwischen drei und sechs Jahren keine Assoziation zwischen familiären Konflikten und kindlichen Auffälligkeiten. Formoso et al. (2000) empfehlen die Einbeziehung weiterer Einflussfaktoren wie z.B. die elterliche Bindung und Kontrolle sowie des Geschlechtes. Bei der Untersuchung von 284 Jugendlichen milderten diese Faktoren die Verbindung zwischen Familienkonflikten und Problemen der Jugendlichen ab. Das galt in diesem Fall zwar nur für Verhaltensprobleme

und nicht für Depressionen, könnte aber für zukünftige Studien auch für internalisierende Störungen von Bedeutung sein.

Bei der kindlichen und jugendlichen Einschätzung fand sich in der vorliegenden Studie lediglich zwischen den Subskalen „Konfliktneigung“ und „Verhaltensprobleme“ ein signifikant positiver Zusammenhang. „Verhaltensprobleme“ waren laut der Selbsteinschätzung der Problembereich, der am geringsten eingeschätzt wurde.

Bei Betrachtung der elterlichen Einschätzung fanden sich signifikante positive Zusammenhänge zwischen dem Aspekt „Hohe Konfliktneigung“ und den Subskalen „Hyperaktivität“, „Probleme mit Gleichaltrigen“ und „Verhaltensprobleme“ sowie zu dem Gesamtproblemwert. Laut der Einschätzung der Eltern bestanden Assoziationen zwischen „Konfliktneigung“ innerhalb der Familie und „Hyperaktivität“. Diese Aussage wird von der genannten Literatur bestätigt, in der das Familienklima auch nur von den Eltern eingeschätzt wurde.

Zu beachten ist hier wiederum, dass die vorliegende Studie ein querschnittliches Studiendesign aufweist, was dazu führt, dass keine Schlüsse über die Wirkrichtung zugelassen werden und somit die Kausalität fehlt.

6.6. Weiter führende Analysen

Der Aspekt „Offenheit“ innerhalb der Familie schien, den Ergebnissen der Einschätzungen der verschiedenen Informanten zufolge, grundsätzlich Merkmal eines entwicklungsförderlichen Klimas für ein Kind und/oder einen Jugendlichen zu sein. Die befragten Kinder und Jugendlichen zeigten mehr psychische Auffälligkeiten, je geringer der Aspekt „Offenheit“ innerhalb der Familie bewertet wurde. Diese Feststellung wurde durch mehrere Studien bestätigt (Halpern, 2004; Ogburn et al., 2010; Slee, 1996).

Die Kinder und Jugendlichen, deren Eltern (Elternteil) zu dem Zeitpunkt der Befragung arbeitslos waren, hatten häufiger externalisierende Probleme sowie psychische Probleme insgesamt, als Kinder und Jugendliche mit arbeitstätigen Eltern. Der Einfluss des sozialen Status auf psychische Auffälligkeiten entspricht den Befunden aus der Literatur (Hölling et al., 2007; Lampert und Kurth, 2007; McMunn et al., 2001; Perren et al., 2006; Ravens-Sieberger et al., 2007; Stadelmann, 2006; Woerner et al., 2004).

Die Krankheit des Kindes oder Jugendlichen könnte die beruflichen Möglichkeiten der Eltern beeinträchtigen. Das zeigte sich auch in einer Studie von Kuhlthau und Perrin (2001), die Daten des National Health Interview Survey von 1994 verwertete. Hier fand sich ein Zusammenhang zwischen angeslagenem Gesundheitszustand eines Kindes oder Jugendlichen (<18 Jahre) und geringerer Berufstätigkeit der Eltern. Unklar blieb in dieser Studie, was in

diesem Zusammenhang Ursache und Wirkung war, denn die geringere Berufstätigkeit der Eltern könnte über verschiedene Faktoren (wie z.B. geringeres Einkommen, sozialer Status, psychische Belastung der Eltern) auf die Gesundheit des Kindes oder Jugendlichen rückwirken.

6.7. Limitationen und Stärken der Studie

Bei *kritischer Betrachtung der Methoden* dieser Studie kann festgestellt werden, dass die Daten in dieser Studie aus einer Fragebogenuntersuchung stammten, in welcher die Teilnehmer, ihre Eltern und LehrerInnen Stärken und Schwächen und das Familienklima einschätzten. Dieser Art der Datengewinnung ist kritisch gegenüber zu stehen, da z.B. Verhaltensbeobachtungen fehlen. Aufgrund der Einschätzungen könnte es zu versehentlichen oder beabsichtigten Antwortverfälschungen gekommen sein. So bergen Befragungen immer die Gefahr von sozial erwünschten Beantwortungen in sich und können Tendenz zur Skalenmitte begünstigen. Die Eltern und Kinder bzw. Jugendlichen haben eventuell den Aspekten des Familienklimas starke Bedeutung zugewiesen, um sich familiär in einem sozial erwünschten Licht zu präsentieren.

Anamnestisch waren von den Kindern und Jugendlichen nur die klinische Diagnose und aktuelle Medikation bekannt. Zusätzliche mögliche Einflussfaktoren auf die Erkrankung oder die Familienverhältnisse wie z.B. die stationäre Aufenthaltsdauer oder psychische Erkrankungen in der Familie fehlten. Aufgrund dessen wurde die vorliegende Studie anhand eines Multiinformantenansatzes durchgeführt, bei der sowohl subjektiv als auch objektiv beurteilt wurde.

Bei der vorliegenden Studie handelte es sich um eine klinische Querschnittstichprobe (N=74). Aufgrund der querschnittlichen Analysen lassen die Ergebnisse der vorliegenden Studie keine Schlüsse über die Wirkrichtung der Zusammenhänge zu. Es bleibt also offen, ob Familien, in denen ein Familienklima, welches von „Hoher Konfliktneigung“, „Wenig Offenheit“ und „Wenig Zusammenhalt“ geprägt war, kein ausreichend entwicklungsförderliches Umfeld für das Kind oder den Jugendlichen darstellten und damit psychische Symptome verursachten, oder, ob die psychischen Symptome des Kindes oder des Jugendlichen selbst zu einem ungünstigeren Familienklima geführt haben.

Die genaue Anzahl der Eltern und deren Kinder, die nicht an der Studie teilnehmen wollten, wurde nicht festgehalten. Es konnte lediglich eine Quote errechnet werden, die die Anzahl an Ablehnern von zwei der vier einbezogenen Stationen ausdrückt. Diese Ablehnerquote ist mit 31,97% zwar hoch, bewegt sich jedoch im üblichen Bereich (vgl. KiGGS-Studie, Ablehnerquote 33,3%; Lampert und Kurth, 2007). Von neun Eltern und ihren Kindern oder

Jugendlichen lag eine Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie vor, die Fragebögen kamen jedoch nicht ausgefüllt zurück oder sie konnten nicht ausgeteilt werden, da das Kind oder der Jugendliche bereits aus der Klinik entlassen war. Auch Erinnerungsschreiben brachten nicht den gewünschten Erfolg. Das ergab eine Quote von 10.84% (9 von 83) von nicht bearbeiteten Fragebögen bei vorliegender Einverständniserklärung.

Das primäre Ziel der Studie war es, einen Überblick über die externalisierende und internalisierende Symptomatik der Patienten der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Leipzig aus verschiedenen Perspektiven zu bekommen. Dafür sollten möglichst viele Teilnehmer in einem kurzen Zeitraum gewonnen werden. Um dieses Ziel zu erreichen wurden wöchentlich, häufig auch zweimal in der Woche die Stationen aufgesucht, um Einverständniserklärungen einzuholen und Fragebögen auszuteilen. Dieser Aufwand brachte dennoch nicht den gewünschten Erfolg, da es sich aufgrund des Alltagbetriebes auf den Stationen und die nur kurzfristige Anwesenheit der Eltern schwierig gestaltete, Informationsblätter zu übergeben und somit die Teilnahme an der Studie nahe zulegen. Durch die vielen anderen Informationen, welche die Eltern bei ihren Besuchen mitbekamen, kann es möglicherweise dazu gekommen sein, dass die Informationen zur Studie einigen Eltern entgangen sind. Ein nicht zu vernachlässigender Aspekt ist auch der, dass die Teilnahme an der Studie eine intensivere Auseinandersetzung der Eltern mit der psychischen Erkrankung ihres Kindes erforderlich macht.

Da die Rekrutierung der Teilnehmer sich schwieriger als erwartet gestaltete, musste ein längerer Erhebungszeitraum als ursprünglich geplant in Kauf genommen werden. Die relativ hohe Ablehnerquote und der damit verbundene längere Erhebungszeitraum mindern die Repräsentativität der Studie.

Die demographischen Angaben waren auf die Eltern- und Selbstfragebögen verteilt, daher fehlten Angaben, wenn nur einer der Fragebögen nicht abgegeben wurde.

Bei dieser Studie wurden Teilnehmer bereits ab einem Alter von acht Jahren mit einbezogen. Die Fähigkeit eines Achtjährigen, Fragen selbstständig beantworten zu können, wurde aufgrund der Empfehlungen von Muris et al. (2004) und Mellor (2004) angenommen. Es nahm jedoch nur ein achtjähriges Kind teil, weitere fünf Kinder waren neun Jahre alt, alle übrigen Teilnehmer waren älter. Bei der Betrachtung der Fragebögen dieser Kinder gab es keine Auffälligkeiten, was sich darin zeigte, dass alle Fragen inklusive der freien Fragen problemlos beantwortet wurden.

Bei *kritischer Betrachtung der Stichprobe* könnte es sein, dass vor allem die Familien an der Studie teilgenommen haben, bei denen die psychischen Auffälligkeiten des Kindes oder Ju-

gendlichen nicht so gravierend und die Familienverhältnisse bzw. das Familienklima besser als bei den übrigen war. Dieser Aspekt könnte die Repräsentativität der Studie einschränken.

Übermäßig hoch waren mit ca. einem Drittel die fehlenden Angaben über die Väter. Die Elternfragebögen sowohl zum Familienklima als auch zur Einschätzung der psychischen Auffälligkeiten und Stärken der Kinder und Jugendlichen wurden zu einem großen Teil von den Müttern, zu einem kleineren Teil von beiden Eltern bzw. in der Ausnahme von Vätern ausgefüllt. Die alleinige Beurteilung durch die Väter fehlte somit fast gänzlich. Die in die Analysen einbezogenen Daten spiegelten also fast ausschließlich die Sichtweise der Mütter wider, obwohl dem Vater für die Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen eine große Bedeutung zugeschrieben wird (Laucht, 2003). Der Vater hat einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf die kindliche Entwicklung (Coleman et al., 2004; Pruett, 1998; von Klitzing et al., 1999). Väter nehmen ihre Kinder anders wahr als Mütter. Die Vater-Kind-Beziehungen unterscheiden sich deutlich von den Mutter-Kind-Beziehungen, was sich z.B. in der verbalen und nonverbalen Kommunikation äußern kann (Coleman et al., 2004; Pruett, 1998). Es wäre wünschenswert, in zukünftigen Studien die Sichtweise der Väter vermehrt mit einzubeziehen.

Von den LehrerInnen der 74 Probanden, die an der Studie teilnahmen, konnten 57 Fragebögen (77.03%) zur Auswertung herangezogen werden. Vier LehrerInnen fielen aus der Befragung heraus, da die Kinder und Jugendlichen die Schule bereits verlassen hatten. Ein Lehrer lehnte die Beantwortung des Fragebogens mangels der Anwesenheit seines Schülers in der Schule ab. Des Weiteren konnten vier LehrerInnen nicht kontaktiert werden, da die Eltern die erforderlichen Fragebögen zur Kontaktaufnahme nicht abgaben bzw. ein Elternpaar der LehrerInnenbefragung nicht zustimmte. Acht Lehrerfragebögen wurden trotz Erinnerungsschreiben mit der Bitte um Rückgabe nicht zurückgesandt. Einschätzungen von LehrerInnen werden als zuverlässige Quellen zur Befragung über Verhaltensstärken und –auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen im Klassenverband angesehen (Saile, 2007).

Die *Stärken der Studie* sind vor allem in der Anwendung eines Multiinformantenansatzes zu sehen, sowohl bei der Einschätzung der Stärken und Schwächen (Kinder oder Jugendliche, Eltern, LehrerInnen) als auch bei der Einschätzung des Familienklimas (Kinder oder Jugendliche, Eltern). Das beinhaltet verschiedene Perspektiven und Kontexte. Die Befragung der verschiedenen Informanten ging mit einem hohen Aufwand einher und ihr wurde in bisherigen Studien mit ähnlichen Forschungsfragen weniger Aufmerksamkeit geschenkt. Hinzu kommt, dass auch die Subskala „Prosoziales Verhalten“ des SDQ als ein positiver Aspekt mit in die Hypothesen eingeschlossen wurde. Des Weiteren wurden Einschätzungen von

Kindern bereits ab einem Alter von acht Jahren mit einbezogen. Eine weitere Besonderheit der Studie ist, dass es sich um eine klinische Stichprobe mit Patienten der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Leipzig handelte.

7. AUSBLICK

Die vorgelegte Studie belegt Zusammenhänge zwischen psychischen Auffälligkeiten und prosozialem Verhalten von Kindern und Jugendlichen und dem Familienklima. Damit konnte bestehendes Wissen erweitert werden.

Die Kenntnis über die Verteilung und Wirkweise von familiären Risiko- und Schutzfaktoren bietet einen sinnvollen Ansatz für eine frühzeitige Prävention. Wenn die unzureichende Ausstattung mit familiären Schutzfaktoren und ein gestörtes Gleichgewicht gegenüber Risikofaktoren erkannt werden, ist es möglich, zielgerichtete Maßnahmen zur Stärkung in die Wege zu leiten und eine positive Entwicklung zu unterstützen (Erhart et al., 2007).

Die Therapie und Prävention ist häufig noch zu sehr auf den Patienten als Individuum fokussiert. In Zukunft sollte das engste Umfeld, die Familie, noch stärker und aktiver in die Therapie mit eingebunden werden. Es ist wichtig, die Kommunikation zwischen dem erkrankten Kind oder Jugendlichen und den Eltern zu intensivieren und die Eltern darauf hinzuweisen, dass die Familie in Zusammenhang mit den kindlichen Problemen stehen kann.

Weitere Untersuchungen, die an diese Studie anknüpfen, sind lohnenswert. Dabei könnte ein längsschnittliches Studiendesign helfen, Veränderungen und Kausalitäten zu untersuchen. Es wäre weiterhin lohnend, die isolierte Auffassung der Väter verstärkt mit zu berücksichtigen. Dabei bietet der Multiinformantenansatz, wie die vorliegende Studie zeigt, aufgrund der Einbeziehung unterschiedlicher Perspektiven und Kontexte eine wertvolle Grundlage.

8. ZUSAMMENFASSUNG

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr. med.

Die Einschätzung von Stärken und Schwächen psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher im Zusammenhang mit Merkmalen der Familie

Eingereicht von: Anne Friederike Kässinger

Angefertigt an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Leipzig

Betreut von:

Prof. Dr. med. Kai von Klitzing

Dr. phil. Annette Klein

Oktober 2011

Die vorliegende Arbeit untersuchte Stärken und Schwächen psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher im Zusammenhang mit Merkmalen der Familie. Den Schwerpunkt bildeten die Fragestellungen, ob psychische Symptome und prosoziales Verhalten im Zusammenhang mit einzelnen Aspekten des Familienklimas standen und wie die Kinder und Jugendlichen in der Beurteilung des Familienklimas mit ihren Eltern übereinstimmten.

An der Studie nahmen insgesamt 74 Kinder und Jugendliche (32 Mädchen, 42 Jungen) im Alter von 8 bis 20 Jahren teil, die zu dem Zeitpunkt der Datenerhebung Patienten der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Leipzig waren. Die Stärken und Schwächen der Teilnehmer wurden anhand des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), ein Fragebogen von Goodman (1997), erhoben. Dabei wurden vier Problembereiche („Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“, „Probleme mit Gleichaltrigen“) und als positiver Aspekt „Prosoziales Verhalten“ anhand eines Multiinformantenansatzes (Eltern, Kinder/Jugendliche, LehrerInnen) erfasst. Die Eltern und ihre Kinder schätzten darüber hinaus das emotionale Familienklima anhand der Beziehungsdimension der Familienklimaskalen (FKS) von Schneewind (1987) ein. Dabei wurden die Aspekte „Kohäsion“, „Konfliktneigung“

und „Offenheit“ erfragt. Durch die Befragung von mehreren Informanten wurden verschiedenen Perspektiven und Kontexte berücksichtigt.

Der Ergebnisteil setzt sich aus einem deskriptiven Teil mit zwei explorativen Fragestellungen, einem Hypothesen-testenden Teil sowie einem explorativen Teil zusammen. Deskriptiv zeigte sich hinsichtlich des SDQ, dass die Kinder und Jugendlichen sich selbst in allen Problembereichen und der Verhaltensstärke „Prosoziales Verhalten“ bezogen auf die kategoriale Einteilung des SDQ (siehe www.sdqinfo.org) als unauffälliger einschätzten, als dies ihre Eltern und LehrerInnen taten. Bei der Auswertung der explorativen Fragestellungen zeigte sich, dass die Einschätzungen der Eltern und ihrer Kinder hinsichtlich des Familienklimas nicht signifikant unterschiedlich waren. Des Weiteren gab es keine signifikanten Unterschiede in der geschlechtsspezifischen Einschätzung des Familienklimas. Tendenziell stimmten jedoch die Jungen besser mit ihren Eltern überein als die Mädchen.

Die Hypothesen, dass ein insgesamt positives Familienklima mit einem guten „Prosozialem Verhalten“ der Kinder und Jugendlichen und ein insgesamt negatives Familienklima mit einer hohen Symptombelastung der Kinder und Jugendlichen insgesamt assoziiert ist, konnten sowohl bei Betrachtung des Multiinformantenansatzes als auch bei separater Betrachtung der Sichtweisen von Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern bestätigt werden.

Der Aspekt „Kohäsion“ isoliert betrachtet, spielte wider Erwarten keine große Rolle in der Assoziation mit kindlichen und jugendlichen Problemen. Es konnte im Multiinformantenansatz lediglich eine signifikant negative Korrelation zwischen „Kohäsion“ und „Probleme mit Gleichaltrigen“ gefunden werden. Der Aspekt „Konfliktneigung“ war im Multiinformantenansatz signifikant positiv mit dem Gesamtproblemwert und den Subskalen „Verhaltensprobleme“ sowie „Probleme mit Gleichaltrigen“ korreliert. Je konflikthafter das Familienklima beurteilt wurde, umso höher wurde der Gesamtproblemwert der Kinder und Jugendlichen eingeschätzt und umso mehr „Verhaltensprobleme“ und „Probleme mit Gleichaltrigen“ hatten die Kinder und Jugendlichen.

Bei separater Betrachtung der Sichtweisen ergaben sich folgende Auffälligkeiten:

Der Aspekt „Konfliktneigung“ war bei separater Betrachtung der elterlichen Einschätzungen signifikant korreliert mit dem Gesamtproblemwert im SDQ sowie den Subskalen, die externalisierende Probleme repräsentieren. Es gab jedoch in der Einschätzung der Eltern keine signifikanten Korrelationen zwischen „Kohäsion“ und den Subskalen „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“ und „Probleme mit Gleichaltrigen“. Bei separater Analyse der kindlichen und jugendlichen Einschätzungen von Familienklima und SDQ war der Aspekt „Konfliktneigung“ nur mit der Subskala „Verhaltensprobleme“ signifikant korreliert, der Aspekt „Kohäsion“ dagegen korrelierte signifikant mit den Subskalen „Verhaltensprobleme“ und „Probleme mit

Gleichaltrigen“. Die Studie bestätigte außerdem eine signifikant negative Korrelation zwischen den Subskalen „Konfliktneigung“ und „Kohäsion“.

In Übereinstimmung mit der Literatur kommt die vorliegende Untersuchung zum Schluss, dass Zusammenhänge zwischen psychischen Symptomen und prosozialem Verhalten von Kindern und Jugendlichen mit dem Familienklima bestehen.

In explorativen Analysen wurde der Aspekt „Offenheit“ untersucht. „Wenig Offenheit“ korrelierte signifikant positiv mit den Subskalen „Verhaltensprobleme“ und „Probleme mit Gleichaltrigen“ sowie dem Gesamtproblemwert im SDQ. Des Weiteren wurden in Übereinstimmung mit der Literatur Zusammenhänge des sozioökonomischen Status der Familie, welcher in der vorliegenden Studie durch den Bildungsstand und die Berufstätigkeit der Eltern ermittelt wurde, mit psychischen Problemen der Kinder und Jugendlichen bestätigt. Diese Analysen erfolgten rein explorativ.

Limitationen dieser Studie liegen in dem querschnittlichen Studiendesign, einem langen Erhebungszeitraum mit relativ hoher Ablehnerquote, teilweise fehlenden Angaben über die Väter sowie der in großem Maße fehlenden väterlichen Einschätzungen. Durch das Querschnittsdesign kann die Kausalität nicht geklärt werden, d.h. ob die psychischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen zu einem negativen Familienklima geführt haben oder umgekehrt ein negatives Familienklima zu Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen führte.

Die Ergebnisse der durchgeführten Studie unterstreichen die Notwendigkeit der zunehmenden Berücksichtigung der Familie psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher sowie des Nutzen des Multiinformantenansatzes. Weitere Untersuchungen zu Zusammenhängen zwischen dem Familienklima und psychischen Auffälligkeiten wären wünschenswert, wobei insbesondere die Sichtweise der Väter mitberücksichtigt und ein längsschnittliches Studiendesign zur Klärung der Richtung der Zusammenhänge umgesetzt werden könnte.

Goodman, R. (1997): The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 38(5), 581-586.

Schneewind, K.A. (1987): Die Familienklimaskalen (FKS). In: Cierpka, M. *Familiendiagnostik*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer, 232-255.

9. LITERATURVERZEICHNIS

- Achenbach, T.M. (1991): *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Altendorfer-Kling, U., Ardelt-Gattinger, E., Thun-Hohenstein, L. (2007): Der Selbstbeurteilungsbogen des SDQ anhand einer österreichischen Feldstichprobe. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 35 (4), 265- 271.
- Antonovsky, A. (1993): Gesundheitsforschung vs. Krankheitsforschung. In: *Franke, A. und Broda, M. Psychosomatische Gesundheit, Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen: DGVt, 3-14.
- Barkley, R.A. und Murphy, K.R. (2006): *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A clinical Workbook. 3rd edition*. New York: Guilford Press, 184-247, 344.
- Becker, A., Woerner, W., Hasselhorn, M., Banaschewski, T., Rothenberger, A. (2004a): Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13, II/11-II/16.
- Becker, A., Hagenberg, N., Roessner, V., Woerner, W., Rothenberger, A. (2004b): Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: Do self-reports tell us more than ratings by adult informants? *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13, II/17-II/24.
- Belardinelli, C., Hatch, J.P., Olvera, R.L., Fonseca, M. (2007): Preliminary communication: Family environment patterns in families with bipolar children. *J Affect Disord*, 107:2008, 299–305.
- Bierhoff, H. W. (2003): Prosoziales Verhalten. In *Stroebe, W., Jonas, K. und Hewstone, M. Sozialpsychologie-Eine Einführung. 4. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer*, 319-349.
- Bühl, A. (2008): *SPSS 16 -Einführung in die moderne Datenanalyse*. 11. Auflage. München: Pearson Studium.
- Campbell, S.B. (1995): Behavior problems in preschool children. A review of recent research. *J Child Psychol Psychiatry*, 36, 113-149.
- Coie, J.D., Dodge, K.A., Kupersmith, J.B. (1990): Peer group behavior and social status. In: *Asher, S.R. und Coie, J.D. Peer Rejection in Childhood*, New York: Cambridge: University Press, 17-57.
- Coleman, W.L., Garfield, C., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health (2004): Fathers and pediatricians: enhancing men's roles in the care and development of their children. *Pediatrics*, 113 (5), 1406-1411.
- Cox, M.J. und Brooks-Gunn, J. (1999): *Conflict and cohesion in families: Causes and Consequences. The advances in family research series*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 1-10.
- Cummings, E.M. (1994): Marital conflict and children's functioning. *Soc Dev*, 3 (1), 16-36.

- Denner, S. (2003): Emotionale Störungen und Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter. Ergebnisse einer Studie von Dortmunder Kindergartenkindern. *Forschungsbericht FH Dortmund 2005, Fachbereich Soziales*, 178-182.
- Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., Schlack, R. (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz*, 50, 800-809.
- Ford, T., Collishaw, S., Meltzer, H., Goodman, R. (2007): A prospective study of childhood psychopathology: independent predictors of change over three years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42 (12), 953-961.
- Formoso, D., Gonzales, N., Aiken, L. (2000): Family conflict and children's internalizing and externalizing behaviour: protective factors. *Am J Community Psychol*, 28 (2), 175-199.
- Gamezy, N. (1985): Stress resistant children: the search for protective factor. In: *Stevons, J. Recent Research in Developmental Psychopathology*. Oxford: Pergamon Press. In: *Steinhausen, H.C. (2000) Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. 4.Auflage. München, Jena: Urban und Fischer, 32-33.
- Garber, J. und Horowitz, J.L. (2002): Depression in children. In: *Gotlib, I.H. und Hammen, C.L. Handbook of depression*. New York: Guilford Press, 510-540.
- Garralda, M.E., Yates, P., Higginson, I. (2000): Child and adolescent mental health service use: HoNOSCA as an outcome measure. *Br J Psychiatry*, 177, 52-58.
- Garrison, C.Z., Jackson, K.L., Marsteller, F., McKeown, R., Addy, C. (1990): A longitudinal study of depressive symptomatology in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29(4), 581-585.
- George, C., Herman, K., Ostrander, R. (2006): The family environment and developmental psychopathology: the unique and interactive effects of depression, attention, and conduct problems. *Child Psychiatry Hum Dev*, 37, 163-177.
- Georgiou, S.N. und Stavrinides, P. (2008): Bullies, Victims and Bully-Victims: Psychosocial Profiles and Attribution Styles. *School Psychol Int*, 29(5), 574-589.
- Goodman, R. (1997): The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Goodman, R. (2001): Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40, 1337-1345.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., Meltzer, H. (2000a): Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br Journal Psychiatry*, 177, 534-539.
- Goodman, R., Renfrew, D., Mullick, M. (2000b): Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 9, 129-134.
- Goodman, A. und Goodman, R. (2010): Population mean scores predict child mental disorder rates: validating SDQ prevalence estimators in Britain. *J Child Psychol Psychiatry*. Epub ahead of print. 13. August 2010.

- Gunther, N., Slavenburg, B., Feron, F.J.M., Van Os, J. (2003). Childhood social and early development factors associated with mental health service use. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, 38(3), 101-108.
- Halpern, L.F. (2004): The relations of coping and family environment to preschoolers` problem behavior. *J Appl Dev Psychol*, 25, 399-421.
- Hanish, L.D., Kochenderfer-Ladd, B., Fabes, R.A., Martin, C.L., Denning, D. (2004): Bullying among young children: The influence of peers and teachers. In: *Espelage, D. und Swearer, S. Bullying in American Schools: A Social Ecological Perspective on Prevention and Intervention*. Mahwah: Erlbaum Publishers, 141-160.
- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Siebererm U., Schlack, R. (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz*, 50, 784-793.
- Hurtig, T., Taanila, A., Ebeling, H., Miettunen, J., Moilanen, I. (2005): Attention and behavioural problems of Finnish adolescent may be related to family environment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 14 (8), 471-478.
- Hurtig, T., Ebeling, H., Taanila, A., Miettunen, J., Smalley, S., McGough, J., Loo, S., Järvelin, M.R., Moilanen, I. (2007): ADHD and comorbid disorders in relation to family environment and symptom severity. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16 (6), 362- 369.
- Ihle, W., Esser, G. (2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychol Rundsch*, 53 (4), 159-169.
- Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M.H., Blanz, B. (2002): Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. *Kindh Entwickl*, 11 (4), 201-211.
- Jenkins, J.M., Rashbash, J., O'Connor, T.G. (2003): Differential parenting and the shared family environment. The role of the shared family context in differential parenting. *Dev Psychol*, 39 (1), 99-113.
- Kain, W., Landerl, K., Kaufmann, L. (2008): Komorbidität bei ADHS. *Monatsschr Kinderheilkd*, 156 (8), 757-767.
- Kelly, J. (2000): Children's adjustment in conflicted marriage and divorce: a decade review of research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39, 963-973.
- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S., Kaschnitz, W., Rothenberger, A., Goodman, R. (2000): Comparing the German version of the SDQ and the Child Behavior Checklist . *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 9, 271-276.
- Klasen, H., Woerner, W., Rothenburger, A., Goodman, R. (2003): German version of the SDQ- overview and evaluation of initial validation and normative results. *Prax Kinderpsychol K*, 52 (7), 491-502.
- Koskelainen, M., Sourander, A., Kaljonen, A. (2001): The Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish school-aged children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 9, 277-284.

- Kraemer, H.C., Measelle, J.R., Ablow, J.C., Essex, M.J., Boyce, W.T., Kupfer, D.J. (2003): A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: Mixing and matching contexts and perspectives. *Am J Psychiatry*, 160 (9), 1565-1577.
- Kuhlthau, K. A. und Perrin, J. M. (2001): Child health status and parental employment. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 155, 1346-1350.
- Kurth, B.M. (2006): Informationen für Teilnehmer der KiGGS-Studie. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz*, 49, 1225-1232.
- Lampert, T., Kurth, B.M. (2007): Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). *DÄ*, 104 (43), A 2944-2949.
- Lau, S. und Kwok, L.K. (2000): Relationship of family environment to adolescents' depression and self-concept. *Soc Behav Personal*, 28 (1), 41-50.
- Laucht, M. (2003): Die Rolle der Väter in der Entwicklungspsychopathologie. *Z Kl Psych Psychoth*, 32 (3), 235-242.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M.H. (2000): Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit: Untersuchungen zur Entwicklungspsychopathologie. *Z Kl Psych Psychoth*, 29 (4), 284-292.
- Lehmkuhl, G. (1996): *Chronisch kranke Kinder und ihre Familien*. München: Quintessenz, 13-19.
- Lucia, V.C. und Breslau, N. (2006): Family cohesion and children's behaviour problems: A longitudinal investigation. *Psychiatry Res*, 141 (2), 141-149.
- Ma, H.K. (2003a): The relation of academic achievement, family and classroom social environment, and peer interactions to prosocial and antisocial behaviour of Chinese children. *Psychologia*, 46 (3), 163-173.
- Ma, H.K. (2003b): The relationship of the family social environment, peer influences, and peer relationships to altruistic orientation in Chinese children. *J Genet Psychol*, 164 (3), 267-274.
- Masten, A.S., Coatsworth, J.D., Neemann J., Gest, S.D., Tellegen A., Gamezy N. (1995): The structure and coherence of competence from childhood through adolescence. *Child Dev*, 66, 1635-1659.
- McKeown, R.E., Garrison, C.Z., Jackson, K.L., Cuffe, S.P., Addy, C.L., Waller, J.L. (1997): Family structure and cohesion, and depressive symptoms in adolescents. *J Res Adolescence*, 7, 267-281.
- McMunn, A.M., Nazroo, J.Y., Marmot, M.G., Boreham, R., Goodman, R. (2001): Children's emotional and behavioural well-being and family environment: findings from the Health Survey for England. *Soc Sci Med*, 53, 423-440.
- Mellor, D. (2004): Furthering the use of the Strengths and Difficulties Questionnaire: Reliability with younger child respondents. *Psychol Assess*, 16 (4), 396-401.

- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., Ford, F. (2000): *Mental health of children and adolescents in Great Britain*. London: The Stationery Office. <http://www.sdqinfo.org>.
- Meyer-Probst B. und Reis, O. (1999): Von der Geburt bis 25, Rostocker Längsschnittstudie (ROLS). *Kindh Entwickl*, 8 (1), 59-68.
- Moos, R.H. und Moos, B.S. (1981): *Family Environment Scale. Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Mullick, M.S.I. und Goodman, R. (2001): Questionnaire screening for mental health problems in Bangladeshi children: a preliminary study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36, 94-99.
- Muris, P., Meesters, C., Eijkelenboom, A., Vincken, M. (2004): The self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire: Its psychometric properties in 8- to 13-year-old non-clinical children. *Br J Clin Psychol*, 43, 437-448.
- Murphy, C.E. (2002): Coping Strategies, Family Environment, and Interpersonal Fear: A Study of Congruence between College students and their parents, *Masterarbeit* (Master of Science). Ohio.
- Newcomb, A.F., Bukowski, W.M., Pattee, L. (1993): Children's peer relations. A meta-analytic review of popular, rejected, neglected, controversial and average sociometric status. *Psychol Bull*, 113, 99-128.
- Niederhofer, H. (2006): The importance of family coherence for mentally handicapped children. *Psychiatr Danub*, 18 (1-2), 79-82.
- Nolen-Hoeksema, S. und Girgus, J.S. (1994): The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychol Bull*, 115 (3), 424-443.
- Ogburn, K.M., Sanches, M., Williamson, D.E., Caetano, S.C., Olvera, R.L., Pliszka, S., Hatch, J.P., Soares, J.C. (2010): Family environment and pediatric major depressive disorder. *Psychopathology*, 43 (5), 312-318.
- Perren, S., von Wyl, A., Stadelmann, S., Bzrgin, D., von Klitzing, K. (2006): Associations between behavioural/emotional difficulties in kindergarten children and the quality of their peer relationships. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45 (7), 867-876.
- Plück, J., Döpfner, M., Lehmkuhl, G. (2000): Internalisierende Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland- Ergebnisse der PAK-KID-Studie. *Kindh Entwickl*, 9 (3), 133-142.
- Pruett, K.D. (1998): Role of the father. *Pediatrics*, 102 (5), 1253-1261.
- Ratzke, K., Gebhardt, S., Zander, S. (2003): Diagnostik der Erziehungsstile. In: Cierpka, M. *Handbuch der Familiendiagnostik. 2. Auflage*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer, 269-289.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2006): Modul Psychische Gesundheit (BELLA-Studie), *KiGGS Symposium vom 25.09.2006*. <http://www.kiggs.de/>.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2007): Mental health of children and adolescent in Germany. Results from the BELLA study within the German Health Interview

- and Examination Survey for Children and Adolescent (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz*, 50, 871-878.
- Ravens-Sieberer, U. (2008): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, nationale und europäische Ergebnisse. *Vortrag zum Jahreskongress 2008*. <http://www.child-public-health.de/bella>.
- Reichle, B. und Gloger-Tippelt, G. (2007): Familiäre Kontexte und sozial-emotionale Entwicklung. *Kindh Entwickl*, 16 (4), 199- 208.
- Rennert, M. (1990): *Co-Abhängigkeit: Was Sucht für die Familie bedeutet*. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Rothenberger, A., Becker, A., Erhart, M., Wille, N., Ravens-Sieberer, U., the BELLA study group (2008): Psychometric properties of the parent SDQ in the general population of German children and adolescents: Results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17 (Suppl 1), 99-105.
- Rutter, M. (1967): A children's behaviour questionnaire for completion by teachers. *J Child Psychol Psychiatry*, 8 (1), 1-11.
- Rutter, M. (2000): Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In: *Shonkoff, J.P. und Meisels, S.J. Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press, 651-682.
- Saile, H. (2007): Psychometrische Befunde zur Lehrerversion des SDQ, Validierung anhand soziometrischer Indizes. *Z Entwickl Pädagogis*, 39 (1). 25-32.
- Schlack, R., Hölling, H., Kurth, B.M., Huss, M. (2007): Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz*, 50, 827-835.
- Schneewind, K.A. (1987): Die Familienklimaskalen (FKS). In: *Cierpka, M. Familiendiagnostik*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer, 232-255.
- Schneewind, K.A. (1999): *Familienpsychologie.2.Auflage*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneewind, K.A., Beckmann, M., Hecht-Jackl, A. (1985): *Familiendiagnostisches Testsystem (FDTS)*. Berichte 1/1985 bis 9.2/1985. Forschungsberichte aus dem Institutsbereich Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik, München.
- Schneewind, K.A., Schröder, G., Cattell, R.B. (1994): *Der Persönlichkeits-Faktoren Test (16 PF). Testmanual*. Bern: Huber.
- Schwarz, M., Johannson, T., Ladumer, G. (2008): Familie als Determinante der Gesundheit. *Image Hominis* (Quartalschrift des Instituts für medizinische Anthropologie und Bioethik), 15 (3), 191-202.
- Shaw, N.S., Keenan, K., Vondra, J.I., Delliquardi, E., Giovannelli, J. (1997): Antecedents of preschool children's internalizing problems: a longitudinal study of low-income families. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36, 1760-1767.

- Situ, M.J., Zhang, Y., Li, T., Gao, X., Zhang, X.W., Fang, H., Huang, Y. (2010): A twin study on genetic and environmental factors of children's prosocial behavior. *Zhonghua Yi Xue Yi Chuan Xue Za Zhi*, 27 (3), 324-328.
- Slee, P.T. (1996): Family climate and behavior in families with conduct disordered children. *Child Psychiatry Hum Dev*, 26, 255-266.
- Stadelmann, S. (2006): Konfliktbasierte Spielnarrative von Kindergartenkindern: Zusammenhänge mit der Verhaltensregulation der Kinder und mit dem emotionalen Familienklima. *Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Wirtschafts- und Verhaltenswissenschaftlichen Fakultät. Freiburg i. Br.*
- Stadelmann, S., Perren, S., von Wyl, A., von Klitzing, K. (2007): Associations between family relationship and symptoms/strengths at kindergarten age: what is the role of children's parental representations? *J Child Psychol Psychiatry*, 48 (10), 996-1004.
- Stone, L.L., Otten, R., Engels, R.C., Vermulst, A.A., Janssens, J.M. (2010): Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4- to 12-Year-Olds: a review. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 13 (3), 254-274.
- Titze, K., Wollenweber, S., Nell, V., Lehmkuhl, U. (2005): Elternbeziehung aus Sicht von Kindern, Jugendlichen und Klinikern. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 54 (2), 126-143.
- Van Widenfelt, B.M., Goedhart, A.W., Treffers, P.D.A., Goodman, R. (2003): Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 12, 281-289.
- Von Klitzing, K., Simoni, H., Amsler, F., Bürgin, D. (1999): The role of the father in early family interactions. *Inf Mental Hlth J*, 20, 222-237.
- Von Maurice, J. (2004): Generationenübergreifende Interessenrelationen im Spiegel einer Theorie der Person-Umwelt-Passung. *Dissertation zur Erlangung der naturwissenschaftlichen Doktorwürde des Fachbereiches Psychologie. Trier.*
- Wamboldt, M.Z. und Wamboldt, F.S. (2000): Role of family in the onset and outcome of childhood disorders: selected research findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39 (10), 1212-1219.
- Werner, E.E. (2000): Protective factors and individual resilience. In: *Shonkoff, J.P. und Meisels, S.J. Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press, 115-132.
- Wille, N., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U. (2008): Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17 (Suppl 1), 133-147.
- Winkler Metzke, C. und Steinhausen, H.C. (1999): Risiko-, Protektions- und Vulnerabilitätsfaktoren für seelische Gesundheit und psychische Störungen im Jugendalter. II: Die Bedeutung von elterlichem Erziehungsverhalten, schulischer Umwelt und sozialem Netzwerk. *Z Klin Psychol*, 28 (2), 95-104.
- Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R., Rothenberger, A. (2002): Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties

Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 30, 105-112.

Woerner, W., Becker, A., Rothenberger, A. (2004): Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13 (Suppl 2), II/3- II/10.

Youngblade, L.M., Theokas, C., Schwulenberg, J., Curry, L., Huang, I.C., Novak, M. (2007): Risk and promotive factors in families, schools, and communities: a contextual model of positive youth development in adolescence. *Pediatrics*, 119 (1), 47-53.

Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B., Slattery, M.J. (2000): Internalizing problems of childhood and adolescence: prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Dev Psychopathol*, 12 (3), 443-466.

Webadressen

Focus: http://www.focus.de/panorama/vermishtes/studie-jedes-vierte-kind-verhaelt-sich-psychisch-auffaellig_aid_540551.html.
Online Artikel vom 12.08.2010

KiGGS-Ergebnisbroschüre: <http://www.kiggs.de>

SDQ: <http://www.sdqinfo.org>

WHO: <http://www.who.int>

ANLAGEN

Anlage 1: Erklärung über die eigenständige Abfassung der Arbeit

Anlage 2: Fragebögen 1: Demographie

Fragebogen 2: Familien- und Wohnsituation

Fragebogen 3: Familienklima (Kind/Eltern)

Fragebogen 4: SDQ (Selbst/Eltern/Lehrer)

Erklärung über die eigenständige Abfassung der Arbeit

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, und dass die vorgelegte Arbeit weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt wurde. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren.

Datum

Anne Kässinger

Kind_ID:

--	--	--

Datum: _____

Erfassung der wichtigsten Daten des Kindes/ des Jugendlichen

Name, Vorname _____

Geburtsdatum, geboren in _____

Größe in cm aktuell _____

Gewicht in kg aktuell _____

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich

Wo ist Ihr Kind/ der Jugendliche aufgewachsen? ☐ Stadt ☐ Land

Wo lebt Ihr Kind/ der Jugendliche jetzt? ☐ Stadt ☐ Land

Adresse/Erreichbarkeit der Familie:

Straße: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Telefon: _____

Kontaktdaten der Klassenlehrerin / des Klassenlehrers Ihres teilnehmenden Kindes / Jugendlichen:

Name der Lehrerin/ des Lehrers: _____

Name der Schule: _____

Adresse der Schule:

Straße: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Daten der Eltern des Kindes/ Jugendlichen:

Mutter: Alter: _____

Schulabschluss: _____

Beruf: _____

Arbeitszeit: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Arbeitslos

Vater: Alter: _____

Schulabschluss: _____

Beruf: _____

Arbeitszeit: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Arbeitslos

Fragebogen zur Familien- und Wohnsituation

1.) Bei wem wohnst Du?

- Bei beiden Eltern ☐
Bei der Mutter ☐
Beim Vater ☐
Bei Mutter/Vater und einem neuen Partner ☐
Bei _____ ☐

2.) Wie viele Personen leben in Eurem Haushalt? _____

3.) Wie viele Zimmer hat Eure Wohnung oder Euer Haus? _____

4.) Hast Du ein eigenes Zimmer?

Ja ☐

Nein, ☐

ich teile mir mein Zimmer mit meiner Schwester/meinem Bruder/_____

5.) Habt Ihr zuhause ein Haustier?

Ja ☐

Nein ☐

Wenn ja, was für eins? _____

6.) Sind Deine Eltern

unverheiratet ☐

verheiratet ☐

geschieden ☐

getrennt mit neuem Partner ☐

getrennt ohne neuen Partner ☐

7.) Hast Du Geschwister (oder Halbgeschwister)? Ja ☐ Nein ☐

Falls ja, wie alt sind sie?

Geschwister 1: Bruder ☐ Schwester ☐ Alter: _____

Geschwister 2: Bruder ☐ Schwester ☐ Alter: _____

Geschwister 3: Bruder ☐ Schwester ☐ Alter: _____

Vielen Dank für Deine Mithilfe!

Familienklima Kind

Im Folgenden findest Du eine Reihe von Feststellungen, die sich auf Deine Familie beziehen. Dabei geht es darum, wie Du das Klima in Deiner Familie erlebst.

	<i>trifft ganz zu</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>trifft eher nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
1) Streitigkeiten werden bei uns nicht mit Schimpfen und Schreien ausgetragen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Jeder hat in unserer Familie die gleichen Rechte, wenn es etwas zu entscheiden gibt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) In unserer Familie wird es nicht gern gesehen, wenn man sagt, dass einem etwas nicht passt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) In unserer Familie geht es harmonisch und friedlich zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) In unserer Familie regen wir uns schon über Kleinigkeiten auf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Wenn zu Hause etwas gemacht wird, versucht sich fast jeder zu drücken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) In unserer Familie geht es häufig ausgesprochen lebhaft und ausgelassen zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Bei uns zu Hause kommt es kaum vor, dass einem der Kragen platzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) In unserer Familie fällt es manchmal schwer, alle unter einen Hut zu bringen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Wenn es bei uns mal Meinungsverschiedenheiten gibt, lassen wir es gar nicht zum großen Krach kommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Bei allem, was wir zu Hause tun, sind wir mit Begeisterung dabei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) In unserer Familie werden Meinungsverschiedenheiten ganz sachlich geregelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) In unserer Familie ist es eher so, dass man seine Gefühle nicht zeigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) In unserer Familie sind wir selten richtig ärgerlich aufeinander	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) Bei uns hat jeder die gleiche Stimme, wenn etwas entschieden wird, was für die ganze Familie wichtig ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16) Bei uns in der Familie sind wir eher zurückhaltend, wenn es darum geht seine Meinung offen zu sagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17) In unserer Familie kommt es oft zu Reibereien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18) Es kommt bei uns zu Hause häufiger vor, dass man dem anderen nur ungern und widerwillig hilft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familienklima Eltern

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen, die sich auf Ihre Familie beziehen. Dabei geht es darum, wie Sie das Klima in Ihrer Familie erleben.

	<i>trifft ganz zu</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>trifft eher nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>
1) Streitigkeiten werden bei uns nicht mit Schimpfen und Schreien ausgetragen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Jeder hat in unserer Familie die gleichen Rechte, wenn es etwas zu entscheiden gibt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) In unserer Familie wird es nicht gern gesehen, wenn man sagt, dass einem etwas nicht passt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) In unserer Familie geht es harmonisch und friedlich zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) In unserer Familie regen wir uns schon über Kleinigkeiten auf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Wenn zu Hause etwas gemacht wird, versucht sich fast jeder zu drücken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) In unserer Familie geht es häufig ausgesprochen lebhaft und ausgelassen zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Bei uns zu Hause kommt es kaum vor, dass einem der Kragen platzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) In unserer Familie fällt es manchmal schwer, alle unter einen Hut zu bringen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Wenn es bei uns mal Meinungsverschiedenheiten gibt, lassen wir es gar nicht zum großen Krach kommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Bei allem, was wir zu Hause tun, sind wir mit Begeisterung dabei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) In unserer Familie werden Meinungsverschiedenheiten ganz sachlich geregelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) In unserer Familie ist es eher so, dass man seine Gefühle nicht zeigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) In unserer Familie sind wir selten richtig ärgerlich aufeinander	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) Bei uns hat jeder die gleiche Stimme, wenn etwas entschieden wird, was für die ganze Familie wichtig ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16) Bei uns in der Familie sind wir eher zurückhaltend, wenn es darum geht seine Meinung offen zu sagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17) In unserer Familie kommt es oft zu Reibereien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18) Es kommt bei uns zu Hause häufiger vor, dass man dem anderen nur ungern und widerwillig hilft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-D)

Selbst

Kind_ID:

Datum: _____

Bitte markiere zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, selbst wenn Du Dir nicht ganz sicher bist oder Dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Überlege bitte bei der Antwort, wie es Dir im letzten halben Jahr ging.

	Nicht	Teilweise	Eindeutig
		zutreffend	
1. Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin oft unruhig, ich kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich teile normalerweise mit anderen (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Normalerweise tue ich, was man mir sagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich mache mir häufig Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich schlage mich häufig; ich kann andere zwingen zu tun, was ich will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich bin nett zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Andere behaupten oft, dass ich lüge oder mogle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich denke nach, bevor ich handle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende; ich kann mich lange genug konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank!

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-D)

Eltern

Kind_ID:

Datum: _____

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.

	Nicht	Teilweise	Eindeutig
		zutreffend	
1. Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Einzelgänger; spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Lieb zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt? (Vater, Mutter, Großeltern,...): _____

Vielen Dank!

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-D)

Lehrer

Kind_ID:

Datum: _____

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten des Kindes in diesem Schuljahr.

	Nicht	Teilweise zutreffend	Eindeutig
1. Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Einzelgänger; spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Lieb zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anzahl der wöchentlichen Klassenstunden mit diesem Kind: _____

Vielen Dank!